

MAL-ESTAR NA CLÍNICA: UMA ANÁLISE DOS REGIMES DE ENUNCIÇÃO SOBRE SOFRIMENTO MATERIALIZADOS EM DOCUMENTOS DE UMA CLÍNICA-ESCOLA*

Emilia Reis Kraieski**

Daniel Kerry dos Santos***

RESUMO: O presente trabalho teve como objetivo analisar os enunciados sobre mal-estar e sofrimento materializados nos documentos de usuárias/os que passaram por atendimentos psicoterápicos em uma clínica-escola vinculada a um curso de Psicologia de uma universidade localizada na região da Grande Florianópolis (SC). Trata-se de uma pesquisa documental e qualitativa, que teve como base teórico-metodológica a “análise de práticas discursivas e produção de sentidos”, tal como proposta por Spink e Medrado (2013). Como fio condutor das problematizações, buscou-se também uma aproximação com alguns conceitos psicanalíticos. Como procedimentos de seleção e organização do material documental, realizou-se a leitura minuciosa dos seguintes documentos disponíveis no arquivo da clínica-escola: fichas síntese, fichas de registros diários e relatórios psicológicos presentes em 5 prontuários de usuárias/os que receberam alta de seus atendimentos. Após a seleção do material a ser trabalhado, foram elencadas duas categorias de análise, sendo elas: 1) narrações sobre mal-estar e sofrimento materializados nos documentos; e 2) potencialidade da clínica. Após a análise dos documentos, observou-se que os sofrimentos foram enunciados entorno de temas como ansiedade, luto, questões de gênero, agressividade e condições materiais de existência. Considera-se que a clínica pode funcionar como um dispositivo que tem a potência de reposicionar o sujeito frente ao mal-estar, possibilitar a circulação de outras narrações sobre o sofrimento e contribuir para a elaboração dos sintomas.

Palavras-chave: Mal-estar; sofrimento; clínica-escola; clínica psicológica; subjetividade.

1 INTRODUÇÃO

Para dar início a este trabalho de conclusão de curso, penso que seja importante localizar como surgiu o tema proposto e as suas implicações para a minha carreira acadêmica. Ao começo das orientações, não tinha um tema definido e procurava por um que pareceria interessante e curioso, tendo em vista que gostaria de fazer uma pesquisa em que circulasse pelo campo da depressão, um tema de interesse pessoal. Manifestou-se também minha

*Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. 2019.

**Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. E-mail: emilia_kraieski@hotmail.com

***Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina – USFC. Professor na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. Orientador.

vontade de se fazer uma pesquisa documental, dado que a pesquisa com entrevistas não era de agrado.

Após algumas conversas e discussões com o orientador, foi proposta a ideia de fazer a pesquisa com prontuários produzidos a partir do estágio obrigatório em clínica para a formação de Psicologia. Com isso, fez-se uma pesquisa por artigos nas bases de dados científicos BIREME e Scielo acerca de estudos realizados com prontuários de clínicas-escolas e descobriu-se a escassez perante a esse objeto de estudo. Já que além dos atendimentos à população, a clínica-escola tem como um de seus objetivos realizar pesquisas a partir dos fenômenos que aparecem nesse ambiente.

O tema sobre enunciações de mal-estar e sofrimento na clínica surgiu após a apresentação do livro “Mal-estar, sofrimento e sintoma” de Christian Dunker (2015). Em seu livro, o autor explora os conceitos de mal-estar, sofrimento e sintoma, trazendo-os para a realidade brasileira e conectando a teoria social com a psicanálise. A ideia formada foi a de trazer esses conceitos, complexos por si só, para os relatos presentes nos documentos dos prontuários.

O presente estudo pode ser visto como um primeiro ensaio ou uma experimentação minha dentro de tais conceitos, visto a sua complexidade e a dificuldade de materializá-los no presente estudo. Além dos conceitos apresentados por Dunker e as teorias psicanalíticas, essa exploração passou também por conceitos teóricos de Foucault, acerca do discurso, e de Deleuze, relativo aos dispositivos e aos regimes de enunciação. Apresentando, assim, um diálogo entre essas teorias tão profundas e desafiadoras.

Propôs-se então a investigar como o mal-estar e o sofrimento são enunciados e materializados em documentos de pacientes adultos que passaram por atendimento em uma clínica-escola de Psicologia, durante o ano de 2018. A análise dos documentos produzidos nesse contexto objetiva fomentar um debate e uma problematização acerca das descrições de casos, da identificação dos sintomas e o que salta da narrativa feita pela(o) estagiária(o) responsável a partir da fala do paciente, sobre os possíveis encaminhamentos feitos antes e depois da chegada de paciente e como o paciente manifesta suas queixas.

Sendo assim, a pesquisa teve como objetivo geral analisar enunciados sobre mal-estar e sofrimento presentes nos documentos de usuários que passaram por atendimento em uma clínica-escola de Psicologia. Os objetivos específicos foram definidos como o de analisar os modos pelos quais os sofrimentos psíquicos são relatados e descritos em documentos psicológicos produzidos em uma clínica-escola e analisar os modos pelos quais o sofrimento psíquico é acolhido e manejado no contexto de uma clínica-escola.

1.1 MAL-ESTAR, SOFRIMENTO E SINTOMA

A vida hoje em dia está cada vez mais atravessada por diagnósticos. Diagnósticos esses que implicam um tratamento, em como o sujeito irá se portar no mundo a partir deles, envolvendo os fatores econômicos, jurídicos, epidemiológicos e psicológicos do sujeito e de tudo e todos a sua volta, ou seja, atinge e modifica todos os aspectos e esferas da vida do sujeito, como também de sua família ou pessoas próximas a ele (DUNKER, 2015). Porém os diagnósticos descritivos acabam focando sempre nos sintomas, focando naquilo que deve ser tratado e curado.

Ressalta-se que o diagnóstico tido como descritivo, advindo da psiquiatria, parte de uma forma terapêutica ligada à medicalização e à escassez de perguntas feitas ao sujeito sobre seu adoecimento (SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). Com isso, os diagnósticos partem, principalmente, dos sintomas que as pessoas são capazes de produzir, que estariam remetidas a uma forma básica de lidar com os conflitos, fazendo com que esses sintomas sejam diferentes, mudam ao longo do tempo, se transformando e fazendo com que os sujeitos sofram. Contraposto a isso, para a psicanálise, “não se destina à nomeação da doença do e para o sujeito, mas é um elemento importante para a direção do tratamento, através da escuta clínica, sempre singular” (SOHSTEN; MEDEIROS, 2016, p. 64).

Desta forma, percebe-se a necessidade da ampliação do conceito de diagnóstico, incluindo nele as noções de sofrimento e mal-estar nessa racionalidade diagnóstica. Com o primeiro pertencente a uma categoria social e o segundo a uma categoria existencial, filosófica, onde corresponde a condição do sujeito no mundo e na sua forma de estar no mundo (DUNKER, 2015).

Em seu texto “O mal-estar da civilização” (1930/1996), Freud apresenta uma reflexão acerca dos impasses da vida que levam o ser humano a sofrer, sendo alguns deles o declínio natural do corpo, as exigências internas de satisfação e as imperfeições das leis. Esse declínio natural do corpo estaria atrelado à noção de mal-estar, entendendo-o não como o oposto de bem-estar, mas como a negação do estar, com a impossibilidade de estar, como a ausência de lugar, já que a noção de mal-estar alude à ideia de lugar ou posição do sujeito no mundo e à uma condição de existência desse sujeito (DUNKER, 2015).

A noção de mal-estar remete a experiência de mundo para o sujeito, referindo-se a ideia de que pertencemos a algum lugar, porém o ser humano não possui um uma predeterminação, ou seja, não tem um lugar previamente estabelecido, somos seres de indeterminação. Logo, a indeterminação é dita como fonte permanente de mal-estar. O mal-

estar faz alusão ao sentimento de perda desse lugar, que faz o sujeito sentir estar fora do lugar, o que pode-se classificar como um sintoma relacionado a experiência de mundo (DUNKER, 2015).

Dunker (2015) explicita que não se pode escapar do mal-estar e muito menos curá-lo, que ele tem como figura fundamental a angústia e o sentimento de culpa inconsciente como seu correlato maior, já que esse sentimento de culpa é uma das formas de manifestação do mal-estar. Tendo-se em conta que “[...] o mal-estar não é a própria angústia, mas liga-se a um déficit de percepção da angústia que possui efeitos de inibição e se qualifica como torturante” (DUNKER, 2015, p. 205).

O mal-estar tem como sua forma estruturante a nomeação, pois é a partir do nome que algo pode ser reconhecido, falado sobre. Porém o mal-estar pode ser visto como uma “experiência linguística de fracasso de nomeação” (DUNKER, 2015, p. 204), já que envolve um esforço de nomeação em seu entorno, assim sendo apresentado como uma dificuldade de nomeação. Desta forma, é possível dizer que o mal-estar é algo indeterminado, que não pode ser capturado ou codificado. Ele é um conceito psicanalítico que tem a ver com o intangível do Real, com a insatisfação do mesmo, sendo, assim, uma coisa constitutiva do sujeito (DUNKER, 2015).

O mal-estar engloba tanto o sofrimento quanto o sintoma, porém não se reduz a nenhum dos dois (DUNKER, 2015). O sofrimento, no mal-estar, tem a ver com o sentimento de não pertencer a um lugar, de estar fora de lugar, e para que não haja esse sofrimento, é preciso recuperar esse lugar perdido, assim inventando formas de realização de ideais. É perceptível que há algo de faltante nos ideais que fazem deles ideias, pois ideias não são objetivos, sonhos ou projetos. Quando o arranjo de soluções entre os ideais, os desejos e as leis não se unem direito, formam um sintoma.

Da forma como o mal-estar é estruturado em volta da nomeação, o sintoma estrutura-se como uma metáfora (DUNKER, 2015). Dunker (2015) expressa que a metáfora reserva um lugar particular para a nomeação ligada à lei internalizada do sujeito, sendo que a nomeação abre uma espécie de ligação entre múltiplos sentidos, fazendo dos sintomas “modos de problematização, de inscrição e de solução da relação do sujeito com a lei” (p. 213).

A metáfora apresenta três grandes concepções: a que “advoga sua força de analogia ou transporte entre espécie e gênero”, a que “insiste em seu poder constitutivo” e a que “efetua compartilhamento de sentimentos por meio de uma interação entre termos próprios e impróprios” (DUNKER, 2015, p. 213). Sendo que a metáfora laciana considera essas três concepções, porém acrescenta uma quarta: a valência de produção ontológica. Essas

concepções estão atreladas ao Nome-do-Pai, uma metáfora que equilibra lei e desejo, que “terá sempre a constante de ser um ponto de identificação ou de suporte entre as estruturas antropológicas e as estruturas ontológicas” (DUNKER, 2015, p. 214). A metáfora, segundo Dunker (2015), também é algo que se escreve e toca o real e não somente um dispositivo de simbolização.

O sintoma, previamente dito, está relacionado aos ideais, aos desejos e às leis, ou seja, ele tem que resolver certa exigência desses ideais, desses desejos e dessas leis (DUNKER, 2015). Ele aparece na vida do sujeito de duas formas, como obrigação a alguma coisa ou como a gramática do “não posso com”. O sintoma é dito como sintoma porque traz com ele os atos e comportamentos do sujeito. Ele é uma ideia que pertence ao sujeito, nasce dentro da própria pessoa e que precisa ser expulsa, pois é considerada intolerável, no entanto fica voltando ao próprio sujeito e que ter uma expressão.

Entre as concepções de mal-estar e sintoma, existe uma terceira noção intermediária desenvolvida por Dunker, em seu livro “Mal-estar, sofrimento e sintoma” (2015), que seria a noção de sofrimento. Mas, o que seria o sofrimento? O sofrimento é uma categoria advinda da teoria social e que tem sido estudada ao longo dos anos por diversos sociólogos. O autor, então, introduz como esse conceito chegou à psicanálise e o que torna o sofrimento um possível conceito psicanalítico.

A noção de sofrimento em psicanálise precisaria responder a três condições. A primeira, que o sofrimento é pensado dentro de uma teoria do reconhecimento, atos de reconhecimento que determinam a natureza da experiência de sofrimento, estabelecendo entre o “sofrimento que deve ser suportado e o sofrimento que é contingente e pode ser modificado” (DUNKER, 2015, p. 219). Assim todo e qualquer sofrimento comporta uma demanda de reconhecimento e a uma política de identificação. Cada época define qual sofrimento deve ser suportado e qual se inclui na esfera do patológico.

O sofrimento é uma experiência compartilhada, onde nós podemos transformá-la através de atos de reconhecimento (DUNKER, 2015). Ele depende do reconhecimento, ou do não reconhecimento, que dispensamos para o mesmo e que faz, assim, do sofrimento uma categoria política. Ou seja, o sofrimento assume um caráter político, que envolve sua validação pelas políticas públicas, relacionando ao dizer “quem é que sofre mais”, qual sofrimento deve ser tratado primeiro, qual é o mais “importante” (DUNKER, 2015). Porém, o sofrimento advindo do mal-estar não é tomado por isso, ele não precisa dessa validação das políticas públicas para fazer ou dizer se o sujeito sofre mais ou menos. Só nós sabemos do

nosso próprio sofrimento. Cada pessoa sofre de maneiras diferentes. Não é sobre quem sofre mais, mas sim sobre quem sofre.

A segunda condição seria que o sofrimento deva ser estruturado como uma narrativa, um processo que é reconhecido no campo da linguagem, um intermédio entre o discurso e a fala, sendo a narrativa um trabalho da linguagem que envolve um determinado objeto (DUNKER, 2015). A terceira condição é que o sofrimento implica em processos de indeterminação de sentido e de inversão de significado, ou seja, que ele seja transitivista¹. Com isso, Dunker (2015, p. 220) conclui que “a experiência de sofrimento depende de atos de reconhecimento, articulados pela narrativa em demandas transitivistas, e considerando que o sofrimento exprime-se como uma dialética entre o eu e as situações socialmente elaboradas”.

Dunker (2015) fala que o sofrimento exprime um déficit de reconhecimento, que o sujeito sofre e, com isso, pede para que algo seja reconhecido. Quando o sujeito sofre, está pedindo para que algo seja reconhecido. O sofrimento depende de uma gramática de reconhecimento e cabe às pessoas, dentro das comunidades, da família, dos contextos, participarem dessa gramática.

A partir da segunda condição, o sofrimento também é estruturado como uma narrativa, sendo dependente de atos de reconhecimento, ou seja, ele muda conforme fala-se dele. Diante disso, a experiência de sofrimento muda, pois ela não é igual para todos, as pessoas sofrem de maneiras diferentes e com intensidades diferentes. Cada pessoa sabe, ou tem ideia, daquilo que lhe causa sofrimento e sabe o quanto isso faz ela sofrer. Somente o sujeito sabe de seu sofrimento e cabe a nós, psicólogos e psicólogas, acolhê-lo e reconhecê-lo, sem desmerecer ou desqualificá-lo.

Logo compreende-se que o mal-estar se estrutura a partir de nomeações, o sofrimento se estrutura em narrativas e o sintoma como uma metáfora (DUNKER, 2014). Assim, com a ideia exposta ao começo, poder-se-ia pensar o diagnóstico como “reconstrução de uma forma de vida e ao investigar as relações entre o mal-estar e a produção dos sintomas” (DUNKER, 2015, p. 234). O autor ressalta a importância de modificar as formas de vidas contemporâneas em relação ao sintoma, explicitando que ainda falta compreendimentos acerca da noção conceitual de sofrimento. O mesmo autor relembra que o mal-estar indica uma condição ou um modo de estar no mundo, que ele “não indica algo transitório ou crônico e tratável como um sintoma nem uma precariedade moral de circunstâncias como o sofrimento [...]” (DUNKER, 2015, p. 234).

¹ Transitivismo: experiência psicológica que “suspende e confunde a relação entre aquele que pratica a ação e aquele que sofre a ação” (DUNKER, 2015, p. 219).

1.2 FORMA COMUM DE MAL-ESTAR E SOFRIMENTO NA CONTEMPORANEIDADE: DEPRESSÃO

Os impasses naturais da vida do ser humano, que foram explicitados no tópico anterior, têm o acompanhado desde sua origem. Eles são vividos pelo sujeito que é submetido a uma série de frustrações criadas a partir de situações postas pela cultura, meio e momento histórico em que o sujeito está inserido, que acabam tornando-se fonte de seu mal-estar (PERES, 2010). Esse mal-estar, que é permeado pelos sintomas e pelas experiências de sofrimento, tem como sua forma mais conhecida a depressão, sendo a mais falada e (mal) diagnosticada forma de adoecimento da atualidade.

A depressão sempre esteve presente na vida do sujeito, sendo tão antiga quanto a própria civilização (PERES, 2010). Ela derivou-se do termo “melancolia”, muito utilizado na Antiguidade e na Idade Média como uma predisposição natural dos jovens gênios, filósofos e poetas de suas determinadas épocas, sendo caracterizada como tédio, falta de interesse, dor existencial, paralisia psíquica, tristeza profunda, abatimento, desgosto, entre outros (MENDES, VIANA, BARA, 2014). A partir do século XIX, a melancolia adquiriu status de doença sendo estudada por psiquiatras e, um pouco depois, pela Psicanálise. Porém, foi no final deste mesmo século que, na sociedade, no senso comum e na psiquiatria, o termo “melancolia” foi substituído pela “depressão”, que passou a ser caracterizada como um estado afetivo normal, mas também como uma síndrome, sintoma ou doença (DEL PORTO, 1999).

A depressão é considerada uma das principais formas de adoecimento psíquico da contemporaneidade (CAMPOS, 2016; KEHL, 2009; PERES, 2010; ESTEVES, GALVAN, 2006; ABRAS, 2011), tendo destaque tanto dentro das ciências especializadas (como a psicologia, a psiquiatria, etc.) quanto no senso comum, permeando conceitos, sintomas, diagnósticos e auto diagnósticos. A depressão, particular do momento histórico atual, pode ser comparada à histeria oriunda do século XIX e começo do século XX, visto que ambas são intituladas como “mal do século”. Ela pode ser vista como um sintoma social², uma manifestação do mal-estar que perturba os sujeitos nativos do século da velocidade, da euforia e do consumo, desfazendo, também, o conjunto de sentidos e de crenças que estruturam a vida social do século XXI (KEHL, 2009).

É importante destacar a relevância da nossa cultura na caracterização da depressão na atualidade, já que “nossa civilização atua de uma maneira que favorece a depressão” (PERES,

² Ao decorrer do estudo, entende-se por “sintoma social” como o sintoma sendo influenciado pelo social, pela cultura e pelo momento histórico.

2010, p. 21). Como dito anteriormente, vivemos no século da euforia, da velocidade, do consumo em massa e da tecnologia, onde se demanda do sujeito a rapidez no trabalho e na apropriação de conceitos e objetos sem deixar espaço para outras formas de vivências afetivas. Somos obrigados a ser felizes, não podemos sentir tristeza, desânimo, desmotivação ou, a tão famigerada, “preguiça”. Kehl (2009, p. 31) aponta que “a tristeza, os desânimos, as simples manifestações da dor de viver parecem intoleráveis em uma sociedade que aposta na euforia como valor agregado a todos os pequenos bens em oferta no mercado”. Desta forma conseguimos imaginar o porquê a depressão assumiu um caráter epidêmico em nossa sociedade e o porquê dos aumentos de diagnósticos da mesma. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (2018), o número de casos de depressão cresceu 18% em dez anos.

Uma das possíveis causas dessa epidemia de diagnósticos de depressão seria a patologização das formas de mal-estar ditas por Freud como próprias do ser humano, e de sofrimento, tal qual a tristeza, a culpa, o luto e entre outras. Para Kehl (2009):

Ao patologizar a tristeza, perde-se um importante saber sobre a dor de viver. Aos que sofreram o abalo de uma morte importante, de uma doença, de um acidente grave, a medicalização da tristeza ou do luto rouba ao sujeito tempo necessário para superar o abalo e construir novas referências, e até mesmo outras normas de vida, mais compatíveis com a perda ou com a eventual incapacitação (p.31).

Entende-se que vivemos em uma sociedade que não suporta a aparição dessas formas de mal-estar, catalogando-as em cartilhas e manuais como características e sintomas de uma doença. Porém, a depressão, assim como suas formas narrativas, não é apenas e simplesmente uma doença, mas também uma forma de descrição e caracterização do homem contemporâneo e uma forma e manifestação de um sintoma social (CAMPOS, 2016; KEHL, 2009).

De acordo com Campos (2016), a depressão também seria uma forma de subjetivação na atualidade, incidindo nas “formas de constituição e expressão do mal-estar” (p.30). Assim, produz-se uma apropriação do discurso psicopatológico para si, pois existe algo nesse discurso que apoia e, de certa forma, justifica a sua condição de deprimido. Essa apropriação de discurso faz com que haja uma retirada de responsabilidade do sujeito perante sua condição e coloque-a em outro lugar, sendo esse lugar muitas vezes ocupado pela medicação que promete uma “cura” ao sujeito sem que aconteça o acesso a sua subjetividade. Destaca-se, então, a diferença entre um tratamento medicamentoso e um tratamento psicanalítico, já que um dos preceitos da psicanálise seria recolocar o sujeito no laço social.

A subjetividade é produzida a partir das experiências vividas pelo indivíduo ou grupo social, sendo extremamente influenciada pela cultura e pelo momento histórico em que está

inserida (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Como antes expressado, a cultura vigente favorece o aparecimento da depressão e, por consequência, a formação de uma subjetividade deprimida, pois “[...] a depressão não é uma entidade flutuante, mais uma produção da subjetividade das pessoas” (CAMPOS, 2016, p. 32).

A produção da subjetividade do sujeito deprimido, muitas vezes, se dá a partir de saberes e práticas que sustentam o enunciado da depressão, sendo que esses saberes e práticas estão relacionados com a medicinabiológica (BARONI; TONELI, 2012). Essa produção da subjetividade, na maioria das vezes, acontece apoiada em um diagnóstico médico ou, possivelmente, através da identificação do sujeito com os sintomas ditos como depressivos, ou seja, o sujeito realiza um autodiagnóstico. Assim, Baroni e Toneli (2012) afirmam que “É por esta via que o saber diagnóstico tem o seu poder subjetivante, ao dar contornos a uma experiência em que o sujeito crê carregar consigo, em sua intimidade, em sua subjetividade, a marca e a verdade do que seria ele mesmo em sua patologia” (p. 31). Porém, cabe ressaltar que o diagnóstico não é a única forma de produção de subjetividade, lembrando que ela é influenciada pelo contexto histórico-cultural em que o sujeito, dono dessa subjetividade, está inserido.

As depressões, as formas de mal-estar, as experiências de sofrimento e os sintomas fazem uso da enunciação e da narrativa como forma de expressão, fazendo com que o sujeito consiga comunicar ao outro o seu sofrimento diante dos impasses vivenciados, dos desejos, das leis e das ideias.

1.3 NARRATIVAS, DISCURSO E REGIMES DE ENUNCIÇÃO

As narrativas são a arte de contar histórias, acontecimentos, experiências, etc., ela valoriza a fala de alguém, possibilitando a transmissão de algo para alguém, para o outro. A narrativa não trata apenas de passar conteúdos, mas de estabelecer vínculos e noções de reconhecimento, para que as experiências de sofrimento sejam transmitidas e compartilhadas e então serem compreendidas, acolhidas e reconhecidas. Ela não consiste apenas em uma explicação sobre determinado assunto, entretanto pertence à assimilação das experiências vividas pelo sujeito e pelo outro que escuta. Seria assim um corte, uma parte da vida do sujeito que seria passada e que faria aparecer a verdade do sujeito. (LO BIANCO; COSTA-MOURA; SOLBERG, 2010).

É possível dizer que a narrativa está ligada com o discurso e seus conceitos. Para Foucault, o discurso seria “um conjunto de enunciados que podem pertencer a campos

diferentes” (REVEL, 2005, p. 27), porém obedecem a regras de funcionamentos comuns. Essas regras, formais ou linguísticas, desenvolvem certo número de cisões. A ordem obtida pelo discurso, implicada pelo contexto que está inserida, possui “uma função normativa e reguladora e coloca em funcionamento mecanismos de organização real por meio da produção de saberes, de estratégias e de práticas” (REVEL, 2015, p. 37; FOUCAULT, 1996). Assim como a narrativa, o discurso também tem como objetivo descrever, expressar ou apresentar as experiências do sujeito em relação aos acontecimentos de sua vida. O discurso determinaria a existência de uma verdade, inquietada pela existência de algo que seria transitório, destinado a desaparecer em sua realidade material, pronunciada ou escrita (FOUCAULT, 1996).

Segundo Revel (2005, p. 37-38), Foucault demonstrou um interesse duplo em relação aos “planos discursivos”:

De um lado, tratava-se de analisar as marcas discursivas, procurando isolar as leis de funcionamento independentes da natureza e das condições de enunciação [...]; mas, de outro, tratava-se de descrever a transformação dos tipos de discurso [...], de historicizar os procedimentos de identificação e de classificação próprios desse período [...].

Com isso, pode-se dizer que a arqueologia foucaultiana dos discursos, além de ser uma análise linguística, é também uma interrogação acerca das condições de emersão de dispositivos discursivos que amparam práticas discursivas. Em “A ordem do discurso” (1996), Foucault apresenta o par discurso/fala, sendo o discurso o eco linguístico de articulação entre o saber e o poder, e a fala sendo uma instância subjetiva que atua como prática de resistência à “objetivação discursiva” (REVEL, 2005, p. 38; FOUCAULT, 1996).

Como citado acima, os dispositivos discursivos amparam práticas discursivas. Mas o que seria um dispositivo? De acordo com Deleuze (1996), o dispositivo seria uma meada, “um conjunto multilinear, composto por linhas de natureza diferente”, sendo que essas linhas não são limitadoras ou envolvidas em sistemas homogêneos, mas que “seguem direções, traçam processos que estão sempre em equilíbrio”. Foucault fala de quatro linhas³ ou dimensões de um dispositivo, sendo os primeiros destacados os regimes de luz e de enunciado, associando-os a máquinas de fazer ver e de fazer falar, respectivamente (DELEUZE, 1996). No presente estudo irá se deter ao regime de enunciado.

Os regimes de enunciado estariam ligados a historicidade do dispositivo, visto que os enunciados aludem a linhas de enunciação onde os elementos do dispositivo são distribuídos. As enunciações seriam então curvas que dividem as variáveis, que dividem o dispositivo

³ Linha de visibilidade (regime de luz), linha de enunciação (regime de enunciado), linha de força e linha de subjetivação.

pelos regimes de enunciados, pertencentes ao mesmo, que acabam por dando-os origem (DELEUZE, 1996).

Assim, consegue-se relacionar esses conceitos de dispositivo e de regime de enunciação com os documentos, fichas e prontuários que estagiários de clínicas-escola e profissionais de psicologia devem escrever e preencher com dados obtidos através da fala do paciente. Dessa forma, as fichas, que seriam os dispositivos, contêm em seu interior os regimes de enunciação, que seriam documentos produzidos nas sessões.

Deleuze (1996) explicita que cada dispositivo tem seu próprio jeito de propagar seus regimes, que fazem com que o objeto do dispositivo seja percebido ou não. É possível alinhar a concepção de dispositivo feita por Deleuze (1996) com as pastas que contêm os documentos que serão objetos de estudo desta pesquisa. Assim, essas pastas poderão ser vistas como dispositivos e seus documentos, regimes que fazem com que o sofrimento, objeto desse dispositivo, consiga ser percebido pelas pessoas que terão acesso a eles.

Então, para saber o que aparece nesses dispositivos, analisaram-se os dispositivos a fim de compreender os regimes de enunciação dispostos neles e o que eles tinham a dizer acerca do mal-estar e do sofrimento experienciado por pessoas que procuram os serviços de uma clínica-escola de Psicologia.

2 METODOLOGIA

O presente estudo⁴ classifica-se como documental, qualitativo e exploratório. Para Gerhardt, Ramos, Riquinho e Santos (2009, p. 69), a pesquisa documental é “realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos”, sendo classificados em dois tipos: de primeira mão, que “não receberam qualquer tipo de tratamento analítico”; e de segunda mão, que já passaram por algum tipo de análise. Assim, realizou-se uma pesquisa documental com 5 prontuários gerados a partir de atendimentos clínicos realizados em uma clínica-escola de Psicologia, localizada na região da Grande Florianópolis (SC). Esse serviço funciona, nessa universidade, há 15 anos, porém na unidade onde se realizou a pesquisa, esse serviço funciona há pouco mais de um ano.

Fonte documental

Os dados para a realização desta pesquisa foram obtidos através de uma leitura minuciosa dos documentos presentes nestes prontuários, tais como:

⁴ O estudo passou pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

- Registro documental: localiza-se o número de cadastro do usuário, nome, sexo, data de nascimento, telefone pessoal, contato de emergência, e-mail; dados de triagem; situação do usuário ao final do processo de triagem, como alta, média ou baixa urgência; atendimentos, como preferência do usuário enquanto ao horário e dia do atendimento; e arquivo, esse espaço é preenchido quando o caso é arquivado e o motivo desse arquivamento, como desistência, alta ou encaminhamento interno ou externo.
- Termo de Responsabilidade: o usuário assina esse documento que diz estar ciente que o caso irá ser supervisionado por um professor e que poderá ser utilizado para pesquisas.
- Cópia de documento com foto: carteira de identidade ou de motorista
- Registro do paciente: dados pessoais do usuário; dados da família desse usuário; dados de saúde (por exemplo, se faz uso de alguma medicação, se possui alguma patologia, etc.); e se já realizou acompanhamento psicológico.
- Registro Documental Triagem: prontuários de triagem, que seria um resumo das sessões realizadas; fichas de registro das sessões, onde há o número, dia e horário da sessão, registro dessa sessão e os procedimentos adotados; relatório psicológico do processo de triagem (documento psicológico produzido pelo/a estagiário/a que resume e analisa o caso)
- Registro Documental Psicoterapia: prontuário de psicoterapia (resumo de todas as sessões de psicoterapia; fichas de registro das sessões, onde há o número, dia e horário da sessão, registro da sessão e os procedimentos adotados; relatório psicológico do processo de psicoterapia (documento psicológico do caso junto a uma análise feita pelo/a estagiário/a responsável); e ficha síntese, que é feita ao final do processo em que explicita a demanda e uma síntese do trabalho realizado.
- Documentos suplementares: atestados ou laudos médicos, trazidos pelo usuário, que podem incluir diagnósticos, possíveis diagnósticos, medicação; encaminhamentos de outras instituições, como escolas, hospitais, UBS, CAPS, médicos, etc.

Todas as documentações produzidas no contexto do Serviço de Psicologia seguem as seguintes Resoluções do Conselho Federal de Psicologia:

- Resolução CFP N° 001/2009, que “dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos”

- Resolução CFP N°006/2019, que Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP n° 15/1996, a Resolução CFP n° 07/2003 e a Resolução CFP n° 04/2019.

Procedimentos de seleção e análise dos documentos

O critério de seleção dos documentos teve como princípio a análise dos arquivos de usuárias/os do gênero feminino e masculino, maiores de 18 anos e que passaram pelo processo de triagem e iniciaram os atendimentos em 2018, tendo alta no mesmo ano. Após o mapeamento geral nas fichas arquivadas nesta clínica-escola, foram selecionados 5 prontuários que se encaixavam no critério "Arquivado por alta", visto de extrema importância para o acontecimento da pesquisa. Tinha-se como critério inicial a seleção de prontuários com casos que apresentavam sintomatologias e/ou descrições que circulam no campo discursivo da depressão. Porém, visto o baixo número de prontuários disponíveis no serviço (haja vista que, na unidade onde se realizou a pesquisa, o serviço de psicologia funcionava há pouco mais de um ano), decidiu-se ampliar o critério de seleção dos documentos. Assim, optou-se por selecionar documentos que apresentavam enunciações sobre mal-estar e sofrimento.

Os documentos utilizados como material de pesquisa para o presente trabalho foram produzidos por estagiárias/os de uma clínica-escola de Psicologia que cursavam o último ano do curso de graduação, quando realizaram o estágio obrigatório em Psicologia Clínica/Psicoterapia. O material analisado é composto por diversas modalidades de documentos, porém o enfoque ficou nas fichas sínteses, nas fichas de registro da sessão e nos relatórios psicológicos presente nessas pastas.

Todo o processo de seleção, manuseio e análise dos documentos foi realizado em uma sala disponível no próprio Serviço de Psicologia, evitando a circulação dos mesmos fora das dependências da instituição. As únicas pessoas que tiveram acesso a esses conteúdos foram a pesquisadora e seu orientador.

A análise desses documentos teve como base a perspectiva teórico-metodológica da análise de práticas discursivas e de produção de sentidos (SPINK; MEDRADO, 2013), que opera, nesse contexto, como uma modalidade de análise de discurso. Além disso, buscou-se inspiração na análise do discurso foucaultiana e em alguns conceitos da teoria psicanalítica.

Para Spink e Medrado (2013), as práticas discursivas correspondem a “momentos ativos do uso da linguagem” (p. 26), observados em ressignificações, rupturas, produção e circulação de sentidos. As práticas discursivas são atravessadas tanto pela ordem estabelecida

dos regimes de enunciação, quanto pelos modos singulares de posicionar socialmente como sujeitos, ou seja, pelas “maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais” (p. 26).

Já a produção de sentidos é uma “prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso” (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 23). O sentido é um fenômeno sociolinguístico, que “busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano [...], como os repertórios utilizados nessas produções discursivas” (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 23). Como parte da análise de práticas discursivas e produção de sentido, Spink e Medrado (2013) também se utilizam dos conceitos de linguagem e discurso, de enunciados e de repertórios interpretativos.

O conceito de linguagem adotado por Spink e Medrado (2013) centra-se na linguagem em uso, que é entendida como prática social e trabalhada como interface entre “os aspectos performáticos da linguagem e as condições de produção” (p.23), sendo ação e produtora de consequências. O conceito de discurso refere-se às regularidades linguísticas, “ao uso institucionalizado da linguagem e de sistemas de sinais de tipo linguístico” (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 24). Portanto, os discursos se assemelham a noção de linguagens sociais, peculiares a um grupo particular da sociedade, inserido em um determinado contexto e momento histórico (SPINK; MEDRADO, 2013).

Spink e Medrado (2013) utilizam-se da teoria de Bakhtin para descrever o conceito de enunciado, que os caracteriza como expressões “articuladas em ações situadas” (p. 26) que consegue alcançar um caráter social, sendo considerado ponto de partida para que haja entendimento acerca da dialogia. Um enunciado:

[...] constitui uma unidade do ato de comunicação, um dos elos de uma corrente de outros enunciados, complexamente organizados. Em outras palavras, ao produzir um enunciado, o falante utiliza um sistema de linguagem e de enunciações preexistente, posicionando-se em relação a ele. (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 28)

Os repertórios linguísticos são definidos como dispositivos linguísticos empregados na construção de versões de fenômenos que estão ao nosso redor. São “unidades de construção das práticas discursivas” (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 28), como também seus principais componentes, já que é a partir deles que se torna possível a compreensão da estabilidade, da dinâmica e da variabilidade das produções linguísticas (SPINK; MEDRADO, 2013).

Peter Spink (2013) discorre sobre as possibilidades de produção de pesquisas com documentos a partir da análise de práticas discursivas e produção de sentido. Segundo o autor, tanto a pesquisa documental quanto a pesquisa com pessoas são importantes - uma não é mais

representativa que a outra. Porém, no campo das análises das práticas discursivas, os documentos apresentam formas diferentes. “Tudo tem algo a contar, o problema maior é aprender a ouvir” (SPINK, 2013, p. 112). Assim, uma das condições de se trabalhar com documentos seria o fato de que eles não estão organizados a fim de responder perguntas, é preciso fazer um trabalho de detetive, devemos indagar onde possivelmente estão as informações necessárias.

3 DISCUSSÃO

Após a leitura dos documentos selecionados, elencaram-se duas categorias que compuseram o corpus da análise desta pesquisa: 1) os enunciados sobre mal-estar e sofrimento inscritos nos documentos; e 2) a importância e a potencialidade da clínica nos atendimentos clínicos.

É importante ressaltar que as pontuações feitas a seguir não descrevem, necessariamente, o sujeito ou paciente atendido, já que se trata de uma “narração da narração da narração”. Ou seja, o que foi narrado e analisado aqui tem por base a narração feita pela/o estagiária/o acerca do que lhe foi narrado pelo paciente. Nesse sentido, enfatizamos que não estamos buscando uma verdade escondida nas tramas discursivas presentes no material analisado, mas sim dar visibilidade aos regimes de enunciação mobilizados nos documentos.

Segue, então, uma tabela com uma breve apresentação dos casos juntamente com a explicitação da linha teórica utilizada por cada estagiária responsável. Destaca-se que os nomes usados na tabela são fictícios, tendo a intenção de preservar a identidade dos pacientes.

Quadro 1 – Caracterização dos prontuários

Prontuário 1 Elena 37 anos	Buscou o serviço dizendo que “não estava mais aguentando”, pois focava-se no papel de mãe de um filho autista, deixando de ser uma “mulher ativa”. Apresenta também conflitos nas relações familiares. Referencial teórico utilizado pela estagiária nos atendimentos e na produção da escrita dos documentos: Gestalt-Terapia
Prontuário 2 Júlio 26 anos	Buscou atendimento com a queixa de comportamento agressivo, nervosismo e ansiedade, sendo isso presente em diversos ambientes e nas relações de sua vida. Referencial teórico utilizado pelo estagiário nos atendimentos e na produção da escrita dos documentos: Existencialismo
Prontuário 3 Isabela 27 anos	Buscou atendimento, pois estava se sentindo muito impaciente e irritada em suas relações. Diz que essa “explosividade” aumentou muito nos últimos anos. Referencial teórico utilizado pela estagiária nos atendimentos e na produção

	da escrita dos documentos: Existencialismo
Prontuário 4 Giovana 21 anos	Buscou o serviço com a queixa de estar vivendo o luto pela perda de uma pessoa querida por sua família. Referencial teórico utilizado pela estagiária nos atendimentos e na produção da escrita dos documentos: Existencialismo
Prontuário 5 Marlene 73 anos	Buscou atendimento, pois chorava muito sem qualquer motivo aparente. Foi diagnosticada com Transtorno de Ansiedade não especificado (CID F-41.9) e tinha uma carta de encaminhamento do médico da UBS. Não estava conseguindo dormir direito e sentia-se impaciente. Apresentava ter dificuldade de dizer ‘não’ para as pessoas. Foi percebido que a sua real demanda estava ligada a um processo de luto não elaborado. Referencial teórico utilizado pela estagiária nos atendimentos e na produção da escrita dos documentos: Psicanálise

Fonte: Elaboração da autora (2019).

3.1 NARRAÇÕES SOBRE MAL-ESTAR E SOFRIMENTO MATERIALIZADOS NOS DOCUMENTOS

Ao adentrar ao consultório pela primeira vez, uma das primeiras perguntas feitas ao paciente é sobre o que o levou a buscar pelo atendimento ou o porquê ela/ele decidiu buscar por uma escuta psicológica. Essas perguntas têm como objetivo se aproximar a uma queixa inicial ou, ainda, a um conteúdo manifesto, que serve como disparador para que a/o paciente comece a falar sobre si através de uma narrativa. Segundo Judith Butler (2017), só fornecemos uma narrativa de nós mesmos quando estamos frente a uma pergunta ou pontuação feita por um outro que nos interpela a contar uma narrativa de nós mesmos, baseado no que o outro nos pede.

Assim, começam a falar sobre o que os motivaram a buscar o atendimento, sobre seus relacionamentos familiares ou amorosos, sobre suas redes de amigos ou pessoas com as quais convivem, sobre seus trabalhos e, também, sobre o ambiente e contextos nos quais estão inseridos. Ao proporcionar esse relato de si, promove-se um dispositivo clínico para que a/o paciente possa expressar o seu mal-estar e seu sofrimento.

Os escritos materializados nos documentos são formas de narração dos sofrimentos vivenciados pelos usuários que acessam o serviço de psicologia da universidade. O sofrimento depende de atos de reconhecimento do outro para que possa ser legitimado (DUNKER, 2015). É importante destacar que as experiências de sofrimento mudam de acordo com que é falado, se transformando na medida em que a pessoa narra e elabora esse sofrimento. Assim, os

relatos de si aparecem nesses documentos como forma de expressão singular para os sofrimentos experienciados pelos mesmos.

O sofrimento tem como estrutura as narrativas, pois quando o sujeito sofre, ele sofre perante uma história. O ato de narrar não depende só da habilidade de transmitir acontecimentos ou histórias em uma sequência, mas também tem como função direcionar esse relatos à um outro com o propósito de reconhecimento dos mesmos (BUTLER, 2017; DUNKER, 2015). Contudo, não há um padrão previamente estabelecido de como deva ser feita essa narração, sendo peculiar de cada sujeito que efetua essa ação.

As formas de sofrimento apresentadas nos prontuários, descritas com base nos relatos dos pacientes, mostram-se de maneiras diferentes, sendo perpassado pela teoria usada e o olhar de cada estagiária/o perante o caso. Não é possível mensurar os sofrimentos, já que todos sofrem de alguma maneira. Também não é possível comparar essas experiências de sofrimento visto que cada sujeito sofre de maneira singular e com intensidades diferentes. Na clínica, não cabe julgar ou desqualificar o sofrimento, pois os afetos não vistos como elementos secundários. Para escutarmos os sofrimentos, é importante atentar-se aos afetos e dar centralidade aos mesmos, uma vez que eles podem ser expressos de várias maneiras, como culpa, medo, tristeza, etc.

Dessa maneira, Dunker (2014, p. 190) evidencia que

Precisamos nos aperceber que existe uma política dos sofrimentos, no qual os afetos não são elementos periféricos. Uma política que nos mostra e produz a cada momento quais formas e imagens o sofrimento deve adquirir para ser visto e reconhecido e quais formas de sofrimento que devem permanecer invisíveis, caladas e indiferentes aos discursos [...].

Assim, o ambiente clínico serve como espaço para que o sofrimento e suas experiências ditas como “invisíveis, caladas e indiferentes” ganhem espaço, tendo o intuito de fazer com que elas possam ser narradas, reconhecidas e legitimadas em toda sua visibilidade, eloquência e importância.

Conforme sustentamos no início do texto, o mal-estar se refere à experiência de mundo para o sujeito idealizando a perda de um lugar predeterminado, não sendo algo transitório ou crônico e nem passível de tratamento (DUNKER, 2015). Desta forma, o mal-estar estaria vinculado aos modos pelos quais os sujeitos negociam e experienciam a vida pulsional nas suas relações com a cultura. A cultura é um extremo influenciador do mal-estar e em como as pessoas passam por essas experiências.

O mal-estar também tem como forma estruturante a nomeação, visto que é através do nome que algo pode ser falado (DUNKER, 2014). Mas quem nomeia o mal-estar? De acordo

com a psicanálise, é o sujeito que faz a nomeação de seu mal-estar. É a partir da nomeação do mal-estar que se é possível criar uma “forma” para ele, gerando certa visibilidade para o mesmo. Essa nomeação e as experiências de mal-estar vividas e dadas pelas/os pacientes podem ser identificadas através de narrativas de sofrimento presentes nos prontuários.

Uma das formas em que o mal-estar na nossa cultura aparece é através das questões de gênero. Essa questão foi percebida em uma das narrativas analisadas. Segundo o relato sobre o caso de Elena:

Diz não estar mais aguentando, está deixando de ser uma mulher ativa para dedicar-se integralmente ao papel de mãe. Não consegue visualizar nenhum outro destino para a sua vida. (P1)

As normas e estruturas de gênero que perpassam todas as esferas sociais e produzem modos de subjetivação funcionam como dispositivos que posicionam os sujeitos nas relações consigo mesmos e com os outros. Tais normativas incidem nos modos pelos quais as mulheres são normativamente interpeladas a responder por certos padrões de comportamento, conduta e expressão. Ainda se é imposto às mulheres o papel de mãe, daquela que deve abdicar das suas vontades, da sua liberdade e autonomia para dedicar-se integralmente ao lar e aos filhos. Nesse relato, é perceptível essa questão, sendo verbalizado, para a estagiária, o fato da paciente não conseguir vislumbrar outro destino a não ser o de ser mãe. Não está em questão aqui se ela gosta ou não de ser mãe ou gosta ou não dos filhos. Porém, destaca-se que as normas de gênero, nesse caso, parecem dar suporte para uma experiência de sofrimento, ainda que o próprio sujeito que sofre possa não ter consciência desse substrato ideológico (relações de gênero) que o mantém atrelado a um certo regime discursivo de poder. Quais lógicas de poder operam em uma narrativa que afirma não poder visualizar outro destino senão a maternidade? Como essas normas passam a constituir uma enunciação de um sujeito singular? Consideramos que tais questionamentos são importantes diretrizes analíticas para uma problematização dos sentidos do sofrimento mobilizados em contextos clínicos e analíticos.

Outro exemplo de colocação do sofrimento em forma narrativa foi o caso relatado por uma estagiária de uma paciente em processo de um luto não elaborado. O luto seria uma reação à perda de uma pessoa ou objeto fonte de um investimento do sujeito, ou seja, seria uma perda do elo existente entre o sujeito e o objeto de seu investimento (CAMPOS, 2013). Quando não há a elaboração do luto, o sujeito pode apresentar um quadro melancólico ligado à idealização desse objeto perdido, de modo que o investimento libidinal, antes orientado ao

objeto, volte, de diferentes formas, para o próprio sujeito (GANZERT; CORREA, 2013; CAMPOS, 2013). Tal fato foi identificado ao longo dos atendimentos pela estagiária:

Relata que chora muito sem qualquer motivo aparente, acontecendo quando é contrariada. Não está conseguindo dormir direito, acordando várias vezes durante a noite e tem se sentido impaciente.

Chora desde o falecimento do irmão. Sente muita falta do irmão e sente-se culpada, pois ele a convidava para ir ao sítio, porém ela nunca aceitou. Diz que pensa muito no irmão, como ele morreu cedo e nas coisas que faziam juntos, quando ele recebia a família e como eram todos muito felizes. (P5 – Marlene)

O luto é uma experiência que todos passaram, passam e/ou irão passar, em algum momento de suas vidas. Perdem-se pessoas, animais, objetos e papéis desempenhados, coisas em que são investidas desejos, tempo, significações, etc. O sofrimento advindo do luto está relacionado a essas perdas que acontecem na vida dos sujeitos, sendo pensado como um impasse natural da vida do ser humano. Não existe um tempo específico para a elaboração do luto, ele é singular para cada sujeito, não sendo passível de determinações preestabelecidas por um outro.

Percebeu-se, também, que o sofrimento apareceu em forma de uma nomeação que apela, discursivamente, a uma categoria nosográfica, expressa nos prontuários através do termo “ansiedade”. As seguintes narrativas expressam formas singulares de descrever a experiência de sofrimento por meio da categoria “ansiedade”:

Em relação ao trabalho, se sente ansioso com a “possibilidade de recaída” (do comportamento agressivo). Ansiedade está vinculada a uma experiência vivida por ele anteriormente, que seria a perda do emprego por conta de um des controle e uma briga com um colega. (P2 – Júlio)

Falou do medo que sentiu quando a casa foi invadida pela água [...]. Falou que quando chove forte, tem medo de que a água possa invadir a sua casa. (P5 – Marlene)

Essa nomeação “ansiedade” como narrativa de sofrimento, se apresenta de duas formas distintas nos dois casos. No primeiro relato, aparece uma questão ligada à perda de emprego atrelada ao comportamento agressivo, descrito pelo paciente como um dos motivos que motivou a procura pelos atendimentos psicológicos. Seu comportamento agressivo e impulsivo estava afetando suas relações nos diversos ambientes de vida, culminando na perda do emprego, sendo demitido por causa de uma briga que teve com um colega.

No segundo relato, a paciente vive a ansiedade a partir de uma situação de inadaptação a uma cidade na qual passou a residir após uma mudança de casa indesejada, somado ao fato de que, em sua nova moradia, vivenciou uma situação de enchente, que inundou sua casa. A enchente fez com que ela e seus familiares tivessem que sair da residência apenas com a roupa do corpo. É notório que a ansiedade relatada está relacionada a acontecimentos passados e a uma indeterminação e incerteza do futuro. Demos destaque a

esse relato por considerarmos que se trata de uma produção de sofrimento marcada pelas condições materiais de existência. O fato de não poder acessar direitos humanos básicos, como moradia digna e segura e a impossibilidade de residir em regiões protegidas de desastres, como enchentes, também configura situações sociais críticas (BROIDE, 2010) que fazem com que pessoas sofram e, potencialmente, adoeçam. É importante salientar que, nesses casos, nos deparamos com a dimensão ético-política e psicossocial do sofrimento, tal como já bem descreveram autoras como Lane e Sawaia (1994) e Sawaia (1999; 2009).

A ansiedade, misturada ao medo e à angústia, é enunciada através das narrativas de sofrimento. A ansiedade, assim como a depressão, está presente em nossa sociedade marcada pela velocidade, pela euforia, pelo consumo e pela tecnologia, exigindo do sujeito rapidez e produtividade, característica marcante do século XXI. Quadros ansiosos podem ser compreendidos como uma manifestação do mal-estar presente na cultura e sociedade atual, passando por diversos campos e manifestando-se nos documentos encontrados nos prontuários.

Deste modo, a clínica funciona como um ambiente propício para a manifestação e enunciação do mal-estar e do sofrimento experienciado pelos sujeitos que a procuram. Esse espaço serve como um lugar em que o sujeito possa falar sem que seja julgado e repreendido ao fazer essa ação. Como dito anteriormente, é um espaço de reconhecimento e legitimação dessas narrativas de sofrimento e de experiências de mal-estar vividas por esses sujeitos.

3.2 POTENCIALIDADE DA CLÍNICA

O espaço da clínica se constitui como um dispositivo para o reconhecimento das narrativas de sofrimento e para viabilizar a manifestação e a nomeação dos sintomas e do mal-estar. Trata-se, portanto, de um dispositivo potencializador para possíveis reposicionamentos subjetivos e como um espaço de expressão do mal-estar, do sofrimento e do sintoma. Assim, a clínica pode, potencialmente, dar passagem às manifestações do inconsciente e fazer com que o sujeito perceba, de modo mais consciente, seus mecanismos psíquicos. Promove-se, na medida em que os encontros clínicos se desenvolvem, uma abertura aos recursos disponíveis e utilizáveis aos sujeitos (FERREIRA NETO, 2008).

Desta forma, a clínica, como dispositivo que possibilita diferenciar-se de si mesmo, propõe uma mudança no modo de produção subjetiva dos sujeitos (GONDAR, 2004). Confrontar esses reposicionamentos pode nos mover de encontro às práticas de assujeitamento impostas pelas crenças pertencentes a sociedade que achatam a produção

desejante (GONDAR, 2004). Ao buscar a clínica, os sujeitos buscam ampliar esse campo, produzindo, como dito antes, outras modalidades de subjetivar o sofrimento e o mal-estar. É possível presenciar essa potencialidade e busca por mudança através dos documentos nos prontuários. Quando Elena expressa que:

Buscou a terapia porque acredita ser o único recurso no momento. (P1)

Para Júlio (P2), que relata sobre a potencialidade do espaço clínico,

Fala que o processo terapêutico é um espaço que contribuiu positivamente para a mudança de seu comportamento agressivo, através da tomada de consciência de si e de suas ações. (P2)

Além disso, a clínica também pode ser vista como um dispositivo. Como falado no começo do texto, Deleuze (1996) define os dispositivos como “máquinas de fazer ver e de fazer falar”, que seriam como luzes que iluminam o que não era possível ser visto ou escutado, ligados aos regimes de luz e de enunciação. O mesmo autor fala que dispositivos diferentes capturam subjetividades diferentes. Nos atendimentos, o material que emerge é diferente daquele que surge em outros âmbitos, fora do contexto clínico. Porém, onde há sujeito, há um sujeito do inconsciente que “fala e quer falar” e que se mostra por meio da escuta (BROIDE, 2014). Broide (2014) explicita que “para cada situação temos um determinado dispositivo, e cada dispositivo traz emergentes e significantes específicos”. Na clínica, o conteúdo manifestado pelas narrativas de sofrimento e os sintomas apresentados poderiam ser vistos como regimes de luz (o que é visto) e regimes de enunciação (o que é falado/escrito), capturados por meio da escuta em transferência com o outro.

Na leitura dos prontuários, a clínica mostrou-se de grande importância para as/os usuárias/os, uma vez que, conforme são apresentados nos relatos, os atendimentos recebidos tiveram um impacto considerável em suas vidas. O caso de Isabela relatado por uma estagiária expressa os efeitos dos atendimentos:

Verbalizou que se sente melhor e que acredita que essa melhora seja por conta do atendimento, pois diz se sentir bem depois que vem para o atendimento. (P3)

O papel da escuta clínica e terapêutica na vida dos pacientes é como um local em que eles podem falar e se expressar da forma como se sentem mais confortáveis, como também falar daquilo que não é confortável. Uma das razões pelas quais se procura um atendimento psicológico baixar o nível de angústia sentida pela/o paciente, presente, comumente, no começo dos atendimentos e nas queixas iniciais. Não está se dizendo que exista um momento em que ocorra o “desaparecimento” dessa angústia, mas sim um abaixamento de seu nível desde o momento em que começa-se os atendimentos. Existem momentos críticos durante o

processo terapêutico e isso não tem a ver, necessariamente, com o tempo linear e cronológico das sessões.

Assim, para Marlene, a clínica teve a função de um espaço de fala para o seu sofrimento que era “difícil expressar em outros âmbitos”. Nesse sentido, o processo clínico a ajudando a “encontrar saídas” para seus sintomas apresentados no começo dos atendimentos.

Está dormindo bem e não tem mais pensado (na morte do irmão) tanto como no início dos atendimentos. Desde que começou os atendimentos não tem chorado mais e o seu nível de ansiedade da paciente está diminuindo. (P5)

Diz que os atendimentos têm feito muito bem para ela e que as pessoas perceberam mudança e não está mais chorando sem motivo. (P5)

Após falar sobre seus sentimentos a respeito da morte do irmão e das dificuldades em vivenciar o luto, percebeu-se que ela está conseguindo reagir à perda com mais serenidade e tem-se mostrado menos ansiosa. (P5 – Marlene)

Tem-se em consideração que essas narrativas, expostas pelas/os estagiárias/os, sobre esse lugar dos atendimentos para as/os pacientes podem ser vistas, também, como resistenciais ou sedutoras. Essa sedução estaria relacionada ao narcisismo próprio da/o estagiária/o, em relação ao seu trabalho realizado nesse ambiente clínico.

Quando essas “mudanças” ou melhoras não são expostas pelas/os próprias/os pacientes, elas podem ser percebidas pelas/os estagiárias/os que as/os acompanham desde a sua chegada ao serviço de psicologia. No caso de Giovana, as colocações acerca da diminuição da sua angústia foram localizadas nas observações da estagiária responsável perante a sua atuação no caso:

Muitas das queixas aos poucos foram se resolvendo, se diz menos agressiva e que está tranquila em relação ao luto. (P4)

Com isso, é perceptível como a fala ou a colocação do sofrimento em forma de narrativas tem grande importância na diminuição das angústias que conseguiram ser verbalizadas nas queixas iniciais. O dispositivo proporcionado pela clínica aparece como um espaço pertencente a esse sujeito que procura atendimento e que, provavelmente, não encontraria esse espaço em outros âmbitos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos documentos analisados, foi possível perceber alguns modos de narrar experiências de sofrimento no contexto da clínica psicológica. Observou-se que os sintomas emergentes na experiência do sofrer se entrelaçam a tais narrativas e ao mal-estar na cultura atual. As narrativas de sofrimento, presentes nos diversos âmbitos da vida dos sujeitos, ganham “corpo” no ambiente clínico. A clínica, que se dispõe como dispositivo, mostra-se

como um espaço de expressão do mal-estar, do sofrimento e do sintoma, proporcionando aberturas para novas percepções e outras relações do sujeito consigo mesmo. Desse modo, a escuta clínica apresenta-se como uma potência para viabilizar o reposicionamento do sujeito frente ao mal-estar, possibilitar a circulação de outras narrações sobre o sofrimento e contribuir para a elaboração dos sintomas.

Nos discursos analisados, encontraram-se diversas formas de manifestações de mal-estar e sofrimento, tais como o luto vivenciado por duas das pacientes; as questões de gênero que perpassam a cultura e a sociedade; e a ansiedade, que está presente em todos os prontuários como uma forma comum de mal-estar. Também estão presentes nos documentos as experiências de mal-estar e sofrimento na forma de uma agressividade vivida por um paciente, que implicava em suas relações nos diferentes âmbitos de sua vida; e as condições materiais de existência, demonstrada na narrativa de sofrimento experienciada por uma paciente. Cada caso apresenta sua especificidade, sua maneira singular de discurso, não só pela/o paciente atendida/o, mas também pela forma como as/os estagiárias/os percebem tais sofrimentos e como manejam cada situação. Assim, ponderamos que poderia também ser feito um estudo específico de cada caso analisado, focando em suas particularidades.

Ressalta-se que os elementos e as questões abordadas possuíam um olhar com base em alguns conceitos psicanalíticos. Evidentemente, caso o mesmo material fosse analisado a partir de outras lentes teóricas, outras questões poderiam surgir e ser abordadas de maneiras distintas. Ao longo do estudo, encontraram-se dificuldades para um aprofundamento das análises devido à complexidade das teorias utilizadas como base para a mesma, visto o pouco tempo de estudo dessas teorias. Outro elemento em comum dos prontuários foi a disponibilidade dos pacientes nos atendimentos, sua agência e participação nos mesmos. Muitos explicitaram como os atendimentos os ajudaram a proporcionar mudanças nos modos de subjetivação, abrindo possibilidades para novos campos e comportamentos antes ditos como inalcançáveis para as/os pacientes, possibilitando “saídas” diante de suas queixas iniciais.

Enfatiza-se a possibilidade da realização de pesquisas com base em documentos, prontuários e fichas de clínicas-escola de Psicologia. Visando a necessidade de se ter em conta as várias dimensões de ampliação dos conhecimentos, como também no aprimoramento e na qualificação dos mesmos, sobre o que se produz no âmbito das clínicas-escola, durante a formação de psicólogos e no percorrer do exercício da profissão.

REFERÊNCIAS

- ABRAS, Rosa M. G. “A vida se engole a seco”: reflexões sobre a depressão na contemporaneidade. **Estudos da Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 5, p. 109-114, jul. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000200012>. Acesso em: 22 abr. 2019.
- BARONI, Daiana P. M.; TONELI, Maria J. F. Produção de si na depressão. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p.27-36, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100004>. Acesso em: 22 abr. 2019.
- BUTLER, Judith. **Relatar a si mesmo**: crítica da violência ética. Tradução: Rogério Bettoni. 1 ed. 3 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.
- BROIDE, Jorge. Adolescência e violência: criação de dispositivos clínicos no território conflagrado das periferias. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo , v. 10, n. 19, p. 95-106, jan. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 nov. 2019.
- _____. A construção de dispositivos clínicos. *Correio APPOA*, n. 240, nov. 2014. Disponível em: <http://www.appoa.com.br/correio/edicao/240/a_construcao_de_dispositivos_clinicos/156>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- CAMPOS, E. R.V. Uma perspectiva psicanalítica sobre as depressões na atualidade. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 7, n. 2, p. 22-44, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/24598/19798>> Acesso em: 22 abr. 2019.
- _____. Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. *Re. Psicol. UNESP*, v. 12, n. 1, p. 13-24, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000100003>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo**, 2005. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 006/2019**, de 29 de março de 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69440957/do1-2019-04-01-resolucao-n-6-de-29-de-marco-de-2019-69440920>. Acesso em: 13 jun. 2019.
- DEL PORTO, João Alberto. Conceito e diagnóstico. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 21, p. 6-11, mai. 1999. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-253676>>. Acesso em: 22 abr. 2019.
- DELEUZE, Gilles. O que é um dispositivo?. In: _____. **O mistério de Ariana**, Tradução de Edmundo Cordeiro. Lisboa: Vega, 1996. Disponível em: <http://www.uc.pt/iii/ceis20/conceitos_dispositivos/programa/deleuze_dispositivo>. Acesso em: 01 jun. 2019.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**: uma psicologia do Brasil entre muros. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

_____. Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade: reflexões a partir do DSM-5.

Revista Epos[S.l.], n. 1, p. 181-190, 2014. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100010>.

Acesso em: 01 jun. 2019.

ESTEVEES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p. 127-135, jul./dez. 2006. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012>.

Acesso em: 22 abr. 2019.

FERREIRA NETO, João Leite. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 21, n. 1, p. 110-118, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n1/a14v21n1.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola Ed. 1996.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização** (1930). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GANZERT, L. C.; CORREIA, M. R. O processo de elaboração do luto diante da morte de pessoas significativas. **Psicologado**, abr. 2013. Disponível em: <

<https://psicologado.com.br/atuacao/tanatologia/o-processo-de-elaboracao-do-luto-diante-da-morte-de-pessoas-significativas>>. Acesso em 15 nov. 2019.

GERHARDT, Tatiana E.; RAMOS, Ieda C. A.; RIQUELMO, Deise L.; SANTOS, Daniel L. dos. Estrutura do projeto de pesquisa. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2009. Cap. 2. p. 31-42.

Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

GONDAR, Jô. A clínica como prática política. **Lugar Comum**, n. 19, p. 125-134, 2004.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão**. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2009. 310 p.

LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B. **Novas veredas da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense/Educ, 1994.

LO BIANCO, Anna C.; COSTA-MOURA, Fernanda; SOLBERG, Marisa C. A psicanálise e as narrativas modernas: a transmissão em questão. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 17-25, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v22n2/02.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

MENDES, Elzilaine Domingues; VIANA, Terezinha de Camargo; BARA, Olívia. Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 30, n. 4, p. 423-431, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n4/v30n4a07.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

OLIVEIRA, Andressa M. C. de. et. al. Processos subjetivos da depressão: construindo caminhos alternativos em uma aproximação cultural-histórica. **Fractal: revista de psicologia**, Niterói, v. 29, n. 3, p. 252-261, set./dez. 2017. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v29n3/1984-0292-fractal-29-03-252.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

PERES, Urania Tourinho. **Depressão e melancolia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2010.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. Tradução Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovesani. São Carlos: Claraluz, 2005.

ROLIM NETO, Modesto Leite. O discurso e as narrativas na vivência da depressão. **Psicologia, saúde e doenças**, Lisboa, v. 6, n. 2, p. 131-138, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862005000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SAWAIA, B. B. **As artimanhas da exclusão: uma análise étnico-psicossocial da desigualdade**. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 364-372, set./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000300010>. Acesso em: 18 nov. 2019.

SOHSTEN, Pedro von; MEDEIROS, Cynthia P. de. O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 38, n. 72, p. 59-66, dez. 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v38n72/v38n72a08.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2019

SPINK, Mary Jane P.; MEDRADO, Benedito. Produção de Sentido no Cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. Cap. 2. p. 22-41.

SPINK, Peter. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, Mary Jane. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. Cap. 5. p. 100-126.