

GRUPO DE ATENDIMENTO CLÍNICO DO COWAP BRASIL NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: ABRINDO A CAIXA DE PANDORA¹

Ednéia Albino Cerchiari², Rosa Sender Lang³, Daniel Matias⁴, Denise Vasconcelos⁵, Graciela Loch⁶, Lígia Somenzi⁷, Mariangela Relvas Pinto⁸, Vicente Sarubbi Junior⁹

<https://doi.org/10.51356/rpp.451a2>

RESUMO: O artigo tem a finalidade de apresentar o GAC — Grupo de Atendimento Clínico do COWAP Brasil no combate à violência intrafamiliar contra a mulher. Iniciamos por considerar a especificidade do contexto brasileiro

¹ Artigo submetido em dezembro de 2024 e aceite para publicação em abril de 2025.

² Psicóloga, Psicanalista, Membro efetivo da Sociedade Psicanalítica de Mato Grosso do Sul (SPMS). Doutora em Ciências Médicas — Saúde Mental (FCM/UNICAMP). Pós-Doutorada em Psicologia (UCDB). Membro do Grupo de Atendimento Clínico Cowap Brasil (GAC) e da Pesquisa IPA/COWAP Brasil. *E-mail:* edneiacer1@gmail.com

³ Psicanalista. Membro efetivo da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro (SPRJ). Especialista em Psicologia Jurídica. Membro de enlace da COWAP-SPRJ (2002–2012). Representante do Comitê de Mulheres e Psicanálise da IPA no Brasil — COWAP Brasil (desde 2020). Fundadora e coordenadora do GAC e da Pesquisa IPA/COWAP Brasil. *E-mail:* rosaslang2@gmail.com

⁴ Psicólogo (ISPA-Lisboa). Doutorado Europeu em Estudos Culturais (FCSH-UNL). Membro da Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica. Membro do GAC e da Pesquisa IPA/COWAP Brasil. *E-mail:* danjobpt@gmail.com

⁵ Psicóloga. Psicanalista, Membro efetivo da Sociedade Psicanalítica de Mato Grosso do Sul (SPMS). Especialista em Psicoterapia de orientação psicanalítica (UCDB). Membro do GAC e da Pesquisa IPA/COWAP Brasil. *E-mail:* denisefernandes667@gmail.com

⁶ Psicóloga. Mestre em Psicologia da Educação (PUC/SP). Psicanalista titular da Sociedade Psicanalítica de Pelotas (SPPEL). Membro do GAC e da Pesquisa IPA/COWAP Brasil. *E-mail:* graciela Loch@gmail.com

⁷ Médica (FFFCMPA), Psiquiatra (Associação Brasileira de Psiquiatria). Analista em formação na Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA). Membro do GAC e da Pesquisa IPA/COWAP Brasil. *E-mail:* lsomenzi01@gmail.com

⁸ Psicanalista. Membro efetivo da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro (SPRJ). Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Curitiba (SBPCuritiba). Pós-graduação UERJ. Membro do GAC e da Pesquisa IPA/COWAP Brasil. Enlace COWAP/SPRJ. *E-mail:* mariangelarelvas@gmail.com

⁹ Psicólogo. Doutor em Ciências (Faculdade Saúde Pública — USP). Professor dos cursos de Medicina e Psicologia da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). *E-mail:* vicente.junior@uems.br

relacionado com essa violência. Em seguida, discorremos sobre a origem e os objetivos do GAC, assim como seu percurso teórico, técnico e metodológico de trabalho, inspirado no método de observação de bebês de Esther Bick. A caracterização da amostra das pacientes é apresentada por meio de dados sócio-demográficos. Posteriormente, partilhamos fragmentos de um caso clínico com sua discussão. Finalizamos com uma compreensão psicanalítica da clínica do trauma.

PALAVRAS-CHAVE: gênero, psicanálise, trauma, violência.

Pandora, a primeira mulher, mãe da raça das mulheres. Criada pelo próprio Zeus como castigo para toda a humanidade, Pandora é a porta de entrada para os males do mundo. Linda e virgem, surge como consequência ao roubo do fogo, cometido por Prometeu, e é responsável pelo fim da fraternidade entre o par original, os homens e os deuses, assim como pela ruptura do homem consigo mesmo a partir da introdução da sexualidade e, por conseguinte, a instauração da incompletude e da assimetria entre o eu e o outro.

Efraim (2023, p. 47)

INTRODUÇÃO

A premissa de que a Psicanálise tem um papel social parte de Freud, que, em 1918, se dirigia à audiência de psicanalistas reunidos no Congresso de Budapeste, notando o despertar da consciência social e a implicação da psicanálise na saúde mental das populações mais vulneráveis (Freud, 1918).

A Psicanálise vem assim contribuir para uma consideração de como a violência se repercute nos processos subjetivos; e, em particular, como tal se tece em grupos vulneráveis, nomeadamente no âmbito da violência contra as mulheres, de caráter endêmico e sistêmico.

O COWAP (Comitê de Mulheres e Psicanálise) foi criado pela IPA (Associação Psicanalítica Internacional), na gestão de Otto Kernberg, em 1998, com o objetivo inicial de estudar, investigar e revisar as teorias psicanalíticas relacionadas com a sexualidade feminina e gênero, considerando as influências socioculturais. Ao longo da sua existência, o COWAP tem vindo a ampliar o seu campo de estudo, como por

exemplo a inclusão, desde 2001, das considerações sobre a sexualidade masculina. Na atualidade, o COWAP configura-se como um espaço interdisciplinar de discussão e reflexão, abordando as questões de sexualidade e gênero, masculinidades e feminilidades, violências, diversidades sexuais, parentalidades, reproduções assistidas, e outros temas afins, mantendo a sua inter-relação entre as teorias psicanalíticas e a influência da cultura.

A primeira *chair* foi Joan Raphael-Leff e a *co-chair* para América Latina, Alcira Mariam Alizade.

O COWAP no Brasil foi fundado em 1999, com o apoio de Alcira Mariam Alizade e participação de Teresa Haudenschild, sua primeira representante no país (1999–2017); seguida por Almira Rodrigues (2018–2019) e Rosa Sender Lang (desde 2020).

Em termos de estrutura, o COWAP Brasil é composto por psicanalistas e psicanalistas em formação, alguns destes atuando na qualidade de representantes enquanto elo («enlace») de cada Sociedade, Grupos de Estudos e Núcleos Psicanalíticos vinculados à FEBRAPSI (Federação Brasileira de Psicanálise).

O GAC (Grupo de Atendimento Clínico) COWAP Brasil foi criado durante a pandemia (Covid-19), com o objetivo de escutar e acolher mulheres em situação de violência intrafamiliar, procurando dar voz à dor psíquica dessas mulheres em situação de vulnerabilidade social e econômica (Lang, Arruda e Vasconcelos, 2024).

O objetivo do presente artigo é apresentar o trabalho desenvolvido pelo GAC — COWAP Brasil nas suas vertentes de atendimento, estudo e pesquisa com mulheres, adolescentes e crianças vítimas da violência intrafamiliar. Desta forma, começamos por uma breve caracterização da situação das mulheres no Brasil em termos dessa violência. Abordamos a criação e implantação do GAC, sua metodologia específica, e apresentamos os dados sociodemográficos em termos dos atendimentos realizados. Ilustramos as particularidades inerentes a este trabalho por meio de vinhetas clínicas de um dos casos atendidos e a posterior reflexão teórico-clínica. Concluímos com uma projeção do futuro deste trabalho, entrelaçando-o com a atualidade do pensamento psicanalítico sobre estas questões relacionadas com a clínica do traumático.

A MULHER BRASILEIRA: DESAFIOS E CONQUISTAS

Estatísticas mostram que uma em cada quatro mulheres jovens no mundo sofre de violência, sendo a América Latina e o Caribe as regiões mais afetadas, com uma prevalência de 25%. O Brasil é o maior país da América do Sul e da região da América Latina e o quinto maior do mundo em território, com uma população de aproximadamente 212 milhões de habitantes, em sua maioria, 51%, mulheres (OPAS/OMS, 2021).

Desde 2005, o Instituto de Pesquisa DataSenado realiza a Pesquisa Nacional de Violência contra as Mulheres. A edição do estudo publicada em 2024 aponta que a violência psicológica é a mais comum, seguida pela moral, física, patrimonial e sexual. Mulheres de baixa renda sofrem mais violência física. Metade das mulheres agredidas foi vítima do marido ou companheiro, e 15%, de ex-parceiros. A maioria das vítimas de violência doméstica sofre o primeiro episódio ainda jovens, entre 19 e 24 anos (DataSenado, 2024).

Em 2023, o Brasil registrou o maior número de feminicídios desde a tipificação do crime em 2015, com 1463 vítimas em todo o país — uma média de 1,4 mulheres mortas para cada grupo de 100 mil. Este número representou um aumento de 1,6% em relação ao ano anterior. Verificamos que o Brasil é o sétimo país com mais assassinatos de mulheres em termos do *ranking* mundial (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024).

No Brasil, o feminicídio como forma de homicídio foi reconhecido pela Lei n.º 13.104 de 2015 de acordo com a Constituição Federal. A prática de importunação sexual contra mulheres foi criminalizada no Brasil com a promulgação da Lei n.º 13.718/2018.

Desde os primórdios da humanidade, constatamos uma forte cultura patriarcal, que privilegia os homens em diversas sociedades. Como exemplos, temos na cultura grega antiga a misoginia, evidente no Mito de Pandora. Na cultura cristã, Eva foi responsabilizada pelo pecado original ao ser tentada pela serpente, e conseguir que Adão cedesse a ela. Na Idade Média, a caça às bruxas era usada para legitimar a perseguição e morte de mulheres. No Brasil, a cultura dos colonos imigrantes resultou em uma herança patriarcal que incluía a subjugação das mulheres e a violação, com raízes na cultura da casa-grande escravocrata (Osterne, 2011).

O mito de Pandora retrata o imaginário da cultura ocidental onde a mulher é responsável pelas desgraças do mundo:

«E assim ela o fez, disseminando por entre os homens toda sorte de sofrimentos, doenças, discórdia, loucura, guerra, tudo o que atrapalha a vitalidade dos homens. Ao perceber o que havia feito, tentou fechar o jarro, no entanto, dentro deste somente havia restado a esperança — élpis. De certa forma a criação de Pandora é retomada nesse episódio, o jarro que carrega é sua própria metáfora; um objeto confeccionado artesanalmente que contém em seu interior os males do mundo, como a própria Pandora» (Efraim, 2023, pp. 54–55).

A ideia do mal como um fator inevitável ao homem reflete o conceito do que seja o «mal» nas civilizações primitivas. O conceito está centrado na mulher, ou seja, Pandora e Eva são as responsáveis por todo o mal, pelas dificuldades e pelos sofrimentos, portanto vistas como a porta de entrada para os males do mundo (Efraim, 2023).

Verificamos assim como a cultura patriarcal trata a mulher como um objeto, permitindo o uso e o abuso com repercussões em seu espaço intrapsíquico e nas suas relações intersubjetivas. Nas diversas relações de poder, a mulher ocupa um lugar de subjugação, sendo desconsiderada como sujeito, o que validaria uma lógica da violência, contudo sendo considerada ainda objeto necessário à reprodução. Torna-se relevante considerar como estes valores socioculturais impactam nos processos identificatórios e, assim, na sua subjetivação.

Quanto às conquistas da mulher brasileira, Ferrarez (2021) assinala que apenas em 1827 foi decretada a permissão para que as mulheres pudessem frequentar alguma instituição de ensino. Somente em 1879 foi permitido o acesso delas às universidades; e atualmente, as mulheres representam a maioria dos estudantes do ensino superior no Brasil.

Uma das primeiras bandeiras do movimento feminista foi a aquisição do voto. No Brasil, foi alcançado em 1932, mas facultativo, e em 1933 as mulheres puderam votar e ser votadas pela primeira vez. Esta conquista abriu o caminho para as mulheres poderem participar da elaboração de leis que visassem uma maior igualdade de direitos entre os gêneros.

Apenas em 27 de agosto de 1962, houve a oficialização da Lei n.º 4.212, conferindo às mulheres casadas o direito de trabalhar sem a autorização do esposo. Depois de quinze anos, foi promulgada a Lei n.º 6.515/1977, em 26 de dezembro, tornando o divórcio uma alternativa legal no Brasil.

Na esteira da terceira onda do feminismo, orientada para as questões da raça e diversidade de corpos, ocorreu em 1988, no Rio de Janeiro, o primeiro Encontro Nacional de Mulheres Negras (ENMN), na luta contra a discriminação e o racismo.

Não podemos deixar de destacar uma outra conquista em relação à misoginia presente no tecido social e cultural brasileiro, oriunda da vivência de Maria da Penha Maia Fernandes, que se tornou um símbolo na luta contra a violência doméstica no Brasil. Sobreviveu às diversas tentativas de homicídio pelo então marido, levando à promulgação da Lei Maria da Penha, Lei n.º 11.340, em 2006. Essa lei identifica cinco tipos de violência: física, psicológica, sexual, moral e patrimonial. Essa legislação se tornou uma das mais abrangentes do mundo na proteção das mulheres vítimas de violência doméstica, reconhecendo que os tipos de violência contra as mulheres vão além da agressão física (Brasil: Presidência da República, 2006).

A Lei 14.994/2024 tornou o feminicídio um crime hediondo previsto no Código Penal aumentando a pena de 20 para 40 anos. O uso do argumento da honra para o crime em relação à mulher se tornou inconstitucional, através da Lei 2.325/2021, e promulgada em agosto de 2023.

GAC: ORIGEM E OBJETIVOS

Como o atendimento do GAC possibilitaria transformar a dor psíquica decorrente da vivência traumática em uma narrativa simbólica? Como romper o ciclo de repetição da violência geracional e transgeracional?

Na pandemia de Covid-19, em decorrência do isolamento imposto, aumentaram os casos de violência intrafamiliar (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020). Foram promovidos, em 2020, sete encontros *online* com os profissionais de saúde mental que se encontravam na linha da frente no combate à violência doméstica para pensar esta situação. Nesses encontros, foram discutidos os diversos aspectos

relativos ao tema, fato que gerou a iniciativa de organizar, entre os membros do COWAP Brasil, um grupo de atendimento.

Assim nasceu, em agosto de 2021, o primeiro Grupo de Atendimento COWAP Brasil, denominado GAC, com o objetivo de promover a escuta analítica e sensibilizar para o sofrimento psíquico dessas mulheres, adultas e adolescentes, dando voz a essas vítimas de violência doméstica em situação de vulnerabilidade social e econômica.

Nestes anos de atuação, estabelecemos parcerias variadas,¹⁰ com entidades públicas e privadas, o que tem permitido ao GAC ampliar seu alcance no atendimento a mulheres vítimas de violência, abrangendo assim várias regiões do território brasileiro.

Em decorrência da diversidade cultural, linguística e étnica própria do Brasil, o GAC atende, desde o seu início, mulheres de diferentes identidades, nomeadamente mulheres negras e trans. Neste âmbito, verificamos que a experiência do grupo com estas mulheres evidencia a importância de levar em conta outros enfoques, como a diversidade sexual e o racismo. Isso permite reconhecer como a cultura atual enfatiza o engajamento com essas questões, assim como testemunha a complexidade sistêmica e interna da ação do preconceito social, inclusive no âmbito judicial. Esta situação implica um caminho para uma revisão das teorias existentes sobre sexualidade e diversidade de gênero, racismo e preconceito.

Em termos do modelo de trabalho, o GAC se fundamenta na ética do cuidado, que subjaz à psicanálise, na capacidade de escuta, de empatia e do aprender com a experiência, como nos ensina Bion (1962). Assim se sublinha a importância da observação, de modo a ficar aberto para o novo da experiência com cada paciente (Lang, 2021, 2023). Apresentaremos a seguir os vários aspectos relativos à teoria e técnica utilizada pelo GAC.

¹⁰ Nomeadamente com: o Centro Integrado de Atendimento à Mulher — Márcia Lyra (CIAM RJ), pioneiro no atendimento a mulheres vítimas de violência, ligado à Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos do Estado do Rio de Janeiro (RJ); o Projeto Borboleta, vinculado aos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher do Fórum Central de Porto Alegre e ligado ao Poder Judiciário do Rio Grande do Sul; e Nat Vítimas, vinculado ao Ministério Público do Estado de Goiás (GO).

GAC: PERCURSO METODOLÓGICO E TEÓRICO

O modelo de intervenção do GAC, inspirado no método de observação de Esther Bick (1964/2018; Lang, 2021), inclui três momentos: atendimento clínico, registro escrito e discussões semanais supervisionadas em grupo. Estes encontros têm a função de ser um espaço de continência, de sustentação e de elaboração para os profissionais que, enquanto testemunhas da dor, vivenciam o intenso impacto emocional gerado pelo atendimento. A cada reunião é elaborada uma ata na qual são registradas as discussões teórico-clínicas sobre os atendimentos feitos, que contribuem para a compreensão e aprofundamento do trabalho realizado. Esses registros são documentos que proporcionam uma continuidade na compreensão do processo terapêutico, assim como em estudos e pesquisas posteriores. Além disso, são realizados estudos semanais sobre a especificidade da clínica do trauma e da violência intrafamiliar. Os teóricos estudados até ao momento incluem autores clássicos, como Sigmund Freud, Sándor Ferenczi; autores contemporâneos, por exemplo André Green, Alcira Mariam Alizade, Christopher Bollas, Estela Welldon; e autores atuais, como Juan Tesone, Moty Benyakar, Patricia Alkolombre, Joshua Durban, entre outros.

Por um lado, a clínica freudiana da neurose trata dos conflitos intrapsíquicos e explica o trauma em dois tempos: o evento com potencial traumático; e o *après-coup* ou *a posteriori*, que vai dar ao ocorrido a significação traumática (Freud, 1920). Por outro lado, a clínica do GAC, entendida como uma clínica do traumático, tem como ponto de partida as ideias de Sándor Ferenczi e de autores atuais que estudam essa temática. São pensadores que dão maior importância à intersubjetividade e ao entorno. Para Ferenczi (1933/1992), o trauma não é constituído apenas pelo ato violento, mas essencialmente pela negação do outro-ambiente quando desmente, nega ou silencia o fato. O que leva à perda de confiança do sujeito em suas percepções e sentimentos, podendo acarretar clivagens e dissociações já que não é possível integrar o que viveu com o que lhe foi dito.

Mais recentemente, Tesone (2024) amplia a noção do trauma, sendo entendido como efeito de um acontecimento psíquico desorganizante, que rompe a continuidade do Eu e escapa à simbolização. O Eu, em vez de elaborar simbolicamente o vivido, é inundado por

um excesso que não consegue metabolizar. Tesone (2024) dá destaque aos traumas precoces e acumulativos cuja origem advém das experiências repetidas de falhas de cuidado, de não reconhecimento ou de intrusão, que o sujeito não consegue nomear, mas que deixam marcas profundas, refletindo na integração do ego. Assim como Ferenczi (1933/1992), este autor considera que o trauma produz silêncios psíquicos, estados dissociativos e clivagens. A obra de Benyakar (2016, 2024) destaca que o trauma é uma situação disruptiva que desencadeia a angústia automática de um «eterno presente», onde o passado disruptivo se faz presente em toda a sua dimensão e o futuro se torna inexistente. O trabalho analítico oferece um espaço de reinscrição simbólica, sendo o analista uma testemunha e tradutor do indizível.

Esses autores, ao ampliarem a visão sobre ele, reconhecem o trauma como uma vivência que ultrapassa a capacidade do psiquismo de simbolizar e integrar a experiência, levando à ruptura dos processos de desenvolvimento e do funcionamento psíquico. A compreensão integrada desses conceitos expande as possibilidades terapêuticas e oferece *insights* valiosos no tratamento de traumas complexos e profundos das pacientes atendidas pelo GAC.

O FUNCIONAMENTO DO GAC

Todo o funcionamento do GAC ocorre numa modalidade *online*, tanto o trabalho interno do grupo, quanto os atendimentos. Como já referido, a crescente necessidade de comunicação quando da pandemia revelou o teleatendimento como de particular relevância para a clínica: ao mesmo tempo que trouxe uma série de novas questões e desafios, o teleatendimento tornou-se uma prática mais comum, com um valor de alcance maior, permitindo chegar a populações anteriormente inalcançáveis, assim como o trabalho conjunto de analistas de diferentes regiões do Brasil, ou mesmo do mundo.

Quanto ao processo de trabalho, a mulher vitimada, encaminhada por um dos parceiros do GAC, passa por uma triagem com o objetivo principal de verificar se o caso se coaduna com o serviço prestado. Igualmente, neste momento, são fornecidas informações gerais sobre o funcionamento do atendimento, assim como coletados dados variados, de âmbito sociodemográfico, da história e da situação atual. Posteriormente, o caso é levado ao grupo de discussão clínica onde, de

acordo com a disponibilidade (interna e externa), é definido o profissional que realizará o contato com a pessoa para iniciar o atendimento.

A CLÍNICA DO GAC

No contexto de atuação do GAC, pensamos a clínica sob diferentes prismas, numa maior elasticidade na técnica, considerando que o enquadre e *setting* ocorrem pela disponibilidade interna do analista em criar um ambiente propício, o que Green (2008) entende como enquadre interno. As particularidades do paciente e do contexto ganham nova dimensão tendo, no limite do profissional e na contratransferência, os parâmetros para o manejo do *setting*.

Um outro aspecto relevante dessa clínica se refere aos modelos de relação introjetados e repetidos no contato dessas pacientes. Os ambientes de onde provêm são, predominantemente, constituídos pelas violências cotidianas. Esse modelo se perpetua e perpassa as gerações.

A paciente, ao encontrar no atendimento terapêutico uma escuta atenta e empática, pode vivenciar, geralmente pela primeira vez, uma outra forma de relação. A maneira pela qual cada paciente experimenta esse encontro vai depender dos valores e do significado transferencial ou projetivo que ela pode atribuir a este momento.

Na clínica do GAC, deparamos com situações em que os fatores traumáticos do entorno continuam presentes, por exemplo a convivência cotidiana com o agressor, direta ou indireta, e/ou o medo provocado por ameaças de morte. Nestas situações, o analista vivencia contratransferencialmente uma sensação de impotência e de desamparo, que, pelo ataque da paciente à capacidade de pensar do analista, muitas vezes pode gerar uma sensação de paralisação (Bion, 1959). No trabalho do GAC com os encontros semanais, o analista encontrará um espaço continente no grupo de discussão clínica, no qual poderá ser restabelecida a capacidade de pensar, compreender e discriminar os afetos despertados pela paciente e, assim, metabolizá-los. A existência do grupo passa a ser, gradualmente, interiorizada como uma «presença na ausência» (Green, 2009) para o analista no atendimento aos pacientes da clínica do trauma.

Todo o trabalho do GAC é registrado, consubstanciando-se num banco de dados, com a finalidade geral de contribuir para um estudo

mais aprofundado das pacientes desta especificidade da clínica do traumático. Em seguida, apresentamos alguns dos dados considerados relevantes na população atendida.

GAC: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA

No período de agosto de 2021 a novembro de 2024, foram recebidas pelo GAC 86 mulheres; dessas, 69 sofreram violência intrafamiliar.

Sobre as características dessa população atendida no GAC, apresentamos os dados que consideramos como mais relevantes. Em termos de raça/cor, verificamos que houve uma primazia das mulheres de raça/cor branca (68%) e 32% de mulheres negras/pardas. Nos dados disponibilizados pelo DataSenado (2024) num estudo de base populacional sobre a violência contra as mulheres, órgão de pesquisa de relevância nacional, verificamos que as mulheres de cor preta/parda (54%) superam as de cor branca (40%). Colocamos a hipótese de que as mulheres pretas ainda encontram algumas dificuldades, de natureza sistêmica, no acesso real ao sistema jurídico, prevalecendo ainda uma série de resistências e preconceitos em termos da cor/raça, associados a aspectos culturais que não reconhecem a relevância de apoio ao nível psicológico.

No tocante à idade, prevaleceu o período entre 18 e 37 anos (65%), que corresponde ao final da adolescência e vida adulta ativa, onde geralmente se verifica a prevalência de uma série de fantasias de natureza paranoica por parte do agressor, que resultam numa tentativa de poder e controle do outro, e caso se verifique oposição às tentativas narcísicas de dominação, frequentemente resulta em atos violentos.

A respeito da escolaridade, verificamos que a maioria da amostra tem ensino médio (38%) e ensino superior (38%) completos. Estes dados contribuem para desmistificar a noção, ainda generalizada, de que a violência intrafamiliar ocorre apenas em contexto de baixa escolaridade.

No caso dos agressores, verificamos que na sua maioria foram os parceiros (28%) ou ex-parceiros (30%). A violência pode ser considerada como reativa, uma resposta a uma perda narcísica, de perda de controle do outro. À medida que a mulher vai alcançando maior autonomia, observa-se um aumento do grau de violência, conduzida de forma mais evidente, explícita e notificada, quiçá numa procura de

manter o estado de dominação, fruto de uma cultura patriarcal que não se desvencilha.

Neste seguimento, verificamos como os tipos de violências mais registrados foram a física (36%), verbal (22%) e psicológica (17%). Seria pertinente considerarmos como o sistema jurídico tende a validar situações de violência mediante a apresentação de provas evidentes e concretas de agressão corporal, evidenciadas por marcas em exame de corpo delito. Poderemos colocar como hipótese que a violência de natureza física poderá ter como base o castigo corporal enquanto forma social privilegiada e valorizada de educação e correção, enraizada nos sistemas de poder e controle.

No âmbito dos atendimentos do GAC, verificamos que a maioria (61%) realizou os doze encontros pré-estabelecidos, considerados como adequados a uma resposta emergencial. Não obstante todos os constrangimentos de natureza social e cultural elencados anteriormente, esses dados poderão indicar como as mulheres reconhecem a pertinência e necessidade de um acompanhamento.

ILUSTRAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Maria (nome fictício), na casa dos vinte anos, foi encaminhada ao GAC por uma das instituições parceiras para o atendimento psicológico emergencial. No contato inicial, foi feito o contrato de até doze sessões, em frequência semanal e duração de cinquenta minutos. Como parte do método, as sessões foram seguidas da escrita e, posteriormente, foram realizadas discussões clínicas virtuais, em grupo, também com frequência semanal.

Nessa primeira sessão, Maria revelou ter buscado ajuda por estar ainda muito impactada e revoltada pela prescrição da ação penal instaurada por ela em relação aos abusos sofridos na primeira infância. Esses abusos sexuais ocorreram de forma contínua, quando ela era deixada sozinha em casa para a mãe trabalhar. Neste contexto, habitualmente ia procurar na vila onde morava alguém para brincar e encontrava dois adolescentes, que ao ganharem a sua confiança passaram a assediá-la sexualmente, passando a manipulá-la e fazendo dela um objeto de gratificação sexual, ameaçando-a caso ela revelasse o que se passava.

Durante os atendimentos, uma dinâmica transferencial e contratransferencial se estabeleceu. Nas primeiras sessões, Maria

apresentava uma fala vagarosa, com uma entoação monótona, que provocava na analista uma sensação de cansaço, e sua história ressoava em sua mente para lá do tempo da sessão. Tal situação transferênci-contratransferência suscitou na analista uma imagem de si como um «saca-rolha», como se tivesse que ir tirando, com uma postura demasiado ativa, a história.

No início do tratamento, Maria falava devagar, cuidadosamente, com um volume baixo, a sua postura reclinada como se afastando da analista e criando nesta uma questão: seria um conteúdo recalcado, próprio da neurose, ou algo que nunca pôde ser experimentado, portanto da ordem de mecanismos de defesa mais primitivos? Procurando não agir como esse «saca-rolha», a analista optou pela espera do que viesse.

Estas atribuições anteriormente observadas deram continuidade nas sessões seguintes, nomeadamente segunda e terceira sessão.

Maria conta que ficava sozinha em casa desde muito pequena, aguardando o retorno da mãe que estava no trabalho, ficando exposta a situações de violência, o que veio a ocorrer como abuso sexual.

Relata ainda que nunca contou sobre o abuso a ninguém. Apenas anos mais tarde, já em fase adulta, confidenciou a um familiar; contudo, tal experiência parece ter revelado uma preocupação dos familiares com as consequências para eles de uma eventual denúncia — temendo represálias por negligência — e não com a dor vivenciada por Maria.

Ao mesmo tempo, Maria se questionava se teria sido abusadora no brincar com outras crianças em sua infância. Atualmente, entende que as suas brincadeiras tinham um grande teor de sexualização e ainda traz dúvidas e preocupações com relação às crianças com que se encontra no seu cotidiano, por acreditar que estas podem estar a viver situações de abuso sexual. Em suma, Maria dizia viver um pesadelo acordada.

Tendo-se isolado, não sabia o que aconteceria ao sair de casa, imaginando o que poderia ocorrer caso encontrasse os seus agressores. Esta suposta solução viria a ter uma repercussão na sua relação com o seu corpo, denunciada por sintomas que revelavam o que ficou impresso no corpo e não adquiriu uma inscrição psíquica. No decurso do atendimento, observamos como Maria pôde se aproximar da sua dificuldade em dar sentido aos afetos, que eram atuados em seu próprio corpo.

A paciente frequentemente iniciava as sessões falando da sua angústia. As sessões eram sentidas pela analista como «pesadas», e mesmo «arrastadas» em muitos momentos. A história de Maria se instalava na mente da analista por dias. A analista vivia um misto de sensações e sentimentos, em particular raiva e indignação frente ao abuso sofrido por Maria, o seu desamparo fomentado pelos seus familiares, a sua infância roubada. O mal-estar ia-se corporificando na própria analista, o que parecia ser indicativo do progressivo caminho da relação terapêutica.

Gradualmente, a analista vai percebendo uma certa mudança na posição de Maria frente ao mundo. Vai-se tornando mais ativa e se posicionando nos relacionamentos, com a mãe, com o companheiro e no trabalho profissional. Essas modificações aparecem na postura corporal e na fala, que se torna mais rítmica. Na relação transferência-contratransferência, também se observaram certas transformações, diminuindo a identificação projetiva massiva.

Ao iniciar a última sessão, Maria traz um sonho. O sonho apresenta um contexto de tesouros roubados, habitado por figuras familiares, em que a analista se vê representada. Dentre os vários significados do sonho, entendemos que, neste momento da finalização do atendimento, configura uma possibilidade de representação figurativa das angústias primárias ligadas a vivências arcaicas de assalto/roubo, interno/externo, e do uso de outros tipos de mecanismos de defesa.

DISCUSSÃO CLÍNICA NO GRUPO DE SUPERVISÃO

Ao longo dos quatro meses de atendimento, a paciente foi assídua e participativa no processo de cunho analítico. Um vínculo de confiança e uma aliança de trabalho foram sendo construídos, com uma ressonância do encontro na mente da dupla, entre as sessões. Isto se refletia no cotidiano de Maria, pela gradual capacidade de dar sentido às suas vivências traumáticas: «nossas sessões são diferentes; eu fico pensando em muitas coisas que conversamos e, do nada, suas palavras vêm à minha mente». Igualmente, no espaço psíquico da analista, a vivência e a história de Maria permaneciam intensas durante um longo período, num entrecruzamento de transferências e contratransferências, e que as sensações corporais vividas também pela analista ganharam sentido.

Os sentimentos contratransferenciais em relação a Maria eram contraditórios: ao mesmo tempo que a percebia como alguém agradável, perspicaz e muito inteligente, a sua fala muito arrastada e lenta tornava a sessão «pesada», deixando a analista exausta no final do atendimento. Contudo, Maria demonstrava estar investindo no trabalho analítico, fazendo associações e mergulhando em seu mundo interno.

Observamos no funcionamento psíquico de Maria, e na sua forma de comunicação, uma dualidade, expressa por meio da fala arrastada, que provocava na analista a ideia de funcionar como um saca-rolha, e, ao mesmo tempo, uma preocupação em não ser invasiva. Este funcionamento poderia ser considerado uma resistência ao trabalho de desvelar os conflitos emocionais, própria de uma estrutura neurótica, ou seria uma manifestação da estrutura traumática de Maria? Sabemos que as identificações projetivas das vivências precoces podem provocar sensações na mente e no corpo da analista, como mal-estar, desânimo, impotência ou dores de diversas ordens, quando no trabalho com os pacientes da clínica da neurose; porém, na clínica dos pacientes que viveram situações traumáticas, elas são predominantes e massivas. Nesta clínica, o analista vive intensamente, no aqui-agora, o que a paciente não tem condições de experienciar.

Tesone (2024) confirma que na relação transferencial de pacientes que sofreram vivências traumáticas é importante: «estar atento a toda a semiótica daquilo que é figurável», em particular às entoações do discurso, por meio do qual se pode aceder ao não representado. O timbre oscilante da voz atua como «figuração sonora das hesitações da memória lacunar do vivido, mas não representado» (p. 124).

Na clínica do traumático, o evento ou o entorno traumático se apresenta como alucinação ou evocação repetitiva ou como rememoração.

Civitarese (2019, p. 298) corrobora e assinala que os distúrbios de tais pacientes muitas vezes «parecem congelados e trancados», implicam perturbações no *setting*; estes evidenciam-se por via de sentimentos gerais, tais como mal-estar, cansaço e outros.

Assim, verificamos por meio das nossas experiências enquanto grupo como as defesas do analista são mobilizadas, algo central nesta clínica do traumático, requerendo do mesmo uma implicação mais clara com os seus próprios afetos. É assim uma clínica que vai para lá

dos dispositivos clássicos, empregados para manejar a sintomatologia própria da neurose. Nesse sentido, a paciente coloca a analista numa posição de testemunha de suas vivências, procurando a validação dessas vivências de ordem traumática.

Como metáfora indicativa deste processo, surge através da discussão em grupo a imagem de um passarinho quando do seu nascimento. É, para nós, uma imagem que encerra toda uma série de contradições, que fazem jus a esse evento surpreendente: a delicadeza e aspereza, a ternura e capacidades inerentes a esta situação, tão necessária como difícil. Várias das experiências traumáticas serão manifestadas no contexto clínico pela primeira vez na vida das pacientes, de forma a poderem ser elaboradas na relação, permitindo a representação e a aparição de uma nova configuração psíquica.

Indicativo da evidência de nascimento e ampliação do mundo interno da paciente, debruçamo-nos sobre o sonho apresentado na última sessão. O sonho fala de um processo de elaboração em curso, abrindo a possibilidade de produzir sentidos nesse tratamento emergencial. O sonho possibilitou transformar a angústia provocada pelo trauma em imagens figurativas, que representavam aspectos do mundo interno clivado da paciente.

A analista entendeu o relato do sonho como um sentimento de gratidão, uma vez que o sonho foi uma produção construída pela dupla num *setting* durante as sessões e que pode ser colocada em palavras por Maria ao final da última sessão, quando diz: «Apesar do cansaço, estou me sentindo bem e acredito que vou dar conta de tudo e isto está fazendo me sentir mulher; uma pessoa adulta. Penso que pela primeira vez na vida sinto que tenho a idade que tenho.» E Maria continua: «A psicanálise é diferente.»

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse artigo, procuramos demonstrar como ocorre a aplicação da psicanálise nesses casos atendidos pelo GAC. Observamos que estados mentais primitivos predominam em relação aos fusionais, com uso de identificações projetivas massivas e/ou identificações adesivas.

Consideramos que é na relação transferencial-contratransferencial que se busca transformar a vivência traumática intrafamiliar em uma experiência emocional que possa ser testemunhada, vivida,

representada e narrada, de modo a romper o ciclo de violência familiar e de transmissão transgeracional.

Os fragmentos do caso clínico compartilhado nos fazem pensar na importância da vivência traumática ser experienciada pela primeira vez, no contato com o analista, como testemunha, cocriando um sentido; é o que temos observado na maioria das nossas pacientes.

Atender essas mulheres com o funcionamento psíquico mais arcaico, por vezes ainda vivendo relações abusivas, implica a exposição às identificações projetivas massivas, sentimentos de desamparo e impotência. Tais situações revelam-se, em muitos momentos, de particular dificuldade para as analistas elaborarem essa experiência durante o atendimento. Contudo, será importante igualmente apontar como em vários casos se verifica uma capacidade psíquica de elaboração e integração que favorece a transferência e promove a mudança.

O estabelecimento de um vínculo de confiança básica é fundamental para que se possa alcançar um certo grau de transformação. Tem sido objetivo do GAC não apenas minorar, mas prevenir as consequências danosas da compulsão à repetição familiar, e na conscientização do preconceito social às mulheres.

Escolhemos como título deste trabalho «Abrindo a Caixa de Pandora», uma figura mítica, símbolo do caos e, ao mesmo tempo, da esperança que persiste no desejo da verdade.

O GAC, na sua ação social, por meio de seu trabalho em parceria junto à comunidade, alimenta o olhar esperançoso de que a escuta analítica possa fomentar a construção de uma maior rede de atenção à saúde mental das mulheres. Possibilitar-se-ia assim o exercício de uma maior autonomia psíquica, rompendo com os grilhões do sistema patriarcal.

Talvez, pelo signo de Pandora, alcançar um outro grau de liberdade, onde o existir da mulher é sinônimo de direito.

ABSTRACT: This article aims to present the GAC – Clinical Care Group of COWAP Brazil in its efforts to combat intrafamilial violence against women. We begin by considering the specific context of such violence in Brazil. Next, we discuss the origins and objectives of GAC, as well as its theoretical, technical, and methodological approach, inspired by Esther Bick's infant observation method. The patient sample is characterized through socio-demographic

data. We then share fragments of a clinical case followed by discussion. The article concludes with a psychoanalytic understanding of trauma in clinical practice.

KEYWORDS: gender, psychoanalysis, trauma, violence.

REFERÊNCIAS

- Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y el traumático: abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. Ed. San Luis, UNSL.
- Benyakar, M. (2024). O disruptivo e sua aplicação específica em situações de trauma. *Psicanálise — Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 26(2), 217–250.
- Bick, E. (2018). Notes on infant observation in psychoanalytic training. Em M. H. Williams (Ed.), *The Tavistock Model: Collected Papers of Martha Harris and Esther Bick* (pp. 105–122). The Harris Meltzer Trust. (Original publicado em 1964.)
- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *The International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308–315.
- Bion, W. R. (1962). Learning from experience. Em C. Mawson (Ed.), *The Complete Works of W. R. Bion Volume IV* (pp. 247–365). Routledge.
- Brasil: Presidência da República (2006). *Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006*. <https://www.planalto.gov.br>
- Civitarese, G. (2019). O inconsciente inacessível e a rêverie como um caminho de figurabilidade. Em H. Levine, R. Gail & D. Scarfone (Eds.), *Estados não representados e a construção de significado* (pp. 295–319). Editora Blucher.
- DataSenado (2024). *Pesquisa Estadual de Violência contra a Mulher — 2024*. <https://www12.senado.leg.br>
- Efraim, R. (2023). Pandora, a Primeira Mulher. *Ide*, 45(76), 47–57.
- Ferenczi, S. (1992) Confusão de língua entre os adultos e a criança. Em *Psicanálise IV* (pp. 97–106). Martins Fontes. (Original publicado em 1933.)
- Ferrarez, A. (2021). *As conquistas das mulheres ao longo da história*. <https://futura.frm.org.br>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020). *Violência doméstica durante a pandemia de COVID-19*. 3.^a ed. FBSP.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2024). *18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2024*. <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>

- Freud, S. (1918). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, volume XVII* (pp. 199–211). Imago.
- Freud, S. (1920). Além do princípio do prazer. Em *Escritos sobre a psicologia do inconsciente, volume 2* (pp. 123–198). Imago.
- Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Imago.
- Green, A. (2009). *O trabalho do negativo*. Artmed.
- Lang, R. S. (2021). Observando as mães e seus bebês — método Esther Bick. *Horizontes Psicanalíticos, 1*, 106–113. <https://clinicahorizontes.com.br/wp-content/uploads/Horizontes-Psicanalíticos.pdf>
- Lang, R. S. (2023). Violência e gênero: revisitando a cultura da misoginia e a escuta analítica no atendimento à violência doméstica (GAC). Em *II Jornada Cowap Brasil: corpos, silêncios e vozes do feminino* (pp. 87–101). Ideograf.
- Lang, R. S., Arruda, C. & Vasconcelos, D. (2024). Algumas observações sobre o trabalho de atendimento a vítimas de violência doméstica pelo GAC — Grupo de Atendimento do Cowap Brasil. Em *Masculinidade e contemporaneidade: cenários em expansão* (pp. 41–50). Ideograf.
- OPAS — Organização Pan-Americana da Saúde & OMS — Organização Mundial da Saúde, Genebra/Nova Iorque, 2021. <https://paho.org>
- Osterne, M. (2011). A violência contra a mulher na dimensão cultural da prevalência do masculino. *O público e o privado, 18*, 129–145.
- Tesone, J. (2024) *Trauma and pain without a subject: Disruptive marks in the psyche, resignified*. Routledge.