ARTIGO

CONSTRUÇÃO DE UMA CLÍNICA FEMINISTA: SENSIBILIZADORES TERAPÊUTICOS EM ATENDIMENTO COM MULHERES

BUILDING A FEMINIST CLINIC: THERAPEUTIC SENSITIZERS IN WOMEN'S CARE

CONSTRUCCIÓN DE UNA CLÍNICA FEMINISTA: SENSIBILIZADORES TERAPÉUTICOS EN LA ATENCIÓN A LAS MUJERES

MARINA ARANTES SILVA [1]

DOMITILA SHIZUE KAWAKAMI GONZAGA [2 3]

[1] *Clínica particular, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.*

[2] *Instituto de Terapia Familiar de São Paulo - ITFSP - São Paulo, SP, Brasil*

[3] *Coletiva Olhares - São Paulo, SP, Brasil*

RESUMO: A clínica feminista enquanto método e teoria convida as terapeutas à análise crítica e constante da prática, aprendendo a reconhecer a influência operada pelo patriarcado nas histórias de sofrimento das mulheres e admitindo sua responsabilidade na subversão ou sustentação dessa lógica. O objetivo deste artigo é reconhecer nos pressupostos (seja nos estudos feministas ou nos movimentos sociais feministas) e nas terapias feministas caminhos para a construção de sensibilizadores clínicos que favoreçam a (re)construção de narrativas de si e a (re)definição de problema em atendimentos com mulheres. A partir dessa revisão crítica dos trabalhos e do fato de as mulheres serem maioria na clínica, com sofrimentos semelhantes, foi possível criar, nomear e descrever três sensibilizadores clínicos: Testemunhando em protesto, Patchwork de histórias e Apontando o dedo. Exercitar uma escuta clínica politicamente posicionada sugere que as coincidências narrativas são denúncias das estruturas culturais e sociais que condicionam o processo de construção de sentidos.

Palavras-chave: Terapia Feminista; Construcionismo Social; Feminismo.

RESUMEN: La clínica feminista como método y teoría invita a las terapeutas a un análisis crítico y constante de la práctica, aprendiendo a reconocer la influencia ejercida por el patriarcado en las historias de sufrimiento de las mujeres y admitiendo su responsabilidad em subvertir o sostener esta lógica. El objetivo de este artículo es reconocer en los supuestos (ya sea en los estudios feministas o en los movimientos sociales feministas) y en las terapias feministas caminos para la construcción de sensibilizadores clínicos que favorezcan la (re)construcción de autonarrativas y la (re)definición del problema en las consultas con mujeres. A partir de esta revisión crítica del trabajo y del hecho de que en la clínica las mujeres son mayoría, con sufrimiento similar, fue posible crear, nombrar y describir tres sensibilizadores clínicos: Testificar en protesta, Patchwork de historias y Señalar con el dedo. El ejercicio de una escucha clínica políticamente posicionada sugiere que las coincidencias narrativas son denuncias de las estructuras culturales y sociales que condicionan el proceso de construcción de significado.

Palabras clave: Terapia Feminista; Construccionismo social; Feminismo.

ABSTRACT: Feminist clinic practice as a method and theory invites therapists to constantly and critically analyze their practice, learning to recognize the influence of patriarchy on women's stories of suffering and admitting their responsibility in subverting or sustaining this logic. The aim of this article is to recognize in the assumptions (whether in feminist studies or in feminist social movements) and in feminist therapies paths for the construction of clinical sensitizers that favor the (re)construction of self-narratives and the (re)definition of problems in women's care. Based on this critical review of the work and the fact that women are the majority in the clinic, with similar suffering, it was possible to create, name and describe three clinical sensitizers: Testifying in protest, Patchwork of stories and Pointing the finger. Practicing politically positioned clinical listening suggests that narrative coincidences are denunciations of the cultural and social structures that condition the process of constructing meaning.

Keywords: Feminist Therapy; Social Constructionism; Feminism.

https://www.doi.org/10.38034/nps.v33i80.796

Recebido em: 14/05/2023
Aceito em: 27/10/2024.

CC BY

INTRODUÇÃO

Para dar início a este texto, consideramos importante situar quem somos nós. Somos duas terapeutas (mulheres cis, brancas, nascidas na região Sudeste do país, que se relacionam com homens e de classe média), com diferentes formações e interesses iniciais na carreira profissional, mas que se encontram a partir de vivências e debates comuns no construcionismo social. Especialmente, somos conectadas pela condição de sermos duas mulheres terapeutas e pelo fato de nossas experiências pessoais serem atravessadas pelas conversas que temos em atendimentos com mulheres e seus dilemas diretamente relacionados aos incômodos vividos em relacionamento com homens. Esse reconhecimento fez com que nos questionássemos sobre o que faz com que mulheres com histórias e contextos diferentes de vida trouxessem narrativas comuns a respeito de suas relações e entendimento de si.

A maior parte dos sofrimentos trazidos por essas mulheres são constituídos pelas desigualdades de gênero, que, em diferentes relações, constroem um senso de si muito deficitário e culpabilizante. Frases corriqueiras repetidas por mulheres que escutamos em nossas práticas refletem problemáticas sociais estruturais, como por exemplo: "eu devo ter algum problema"; "eu sou louca"; "sou exigente demais"; "me sinto culpada"; "sou muito chata".

Uma premissa assumida neste texto é o de que toda clínica é política, portanto, não é uma prática neutra, acrítica e imparcial, mas deve ser orientada por posicionamentos atrelados à mudança social e construção de mundos mais possíveis para as diferenças (Narvaz & Koller, 2006; Dickerson, 2013). Apostar em uma prática feminista na clínica psicológica é um movimento de transformação de mundo, o que está associado aos pressupostos da clínica construcionista social. Ao compreender que esse movimento epistemológico e de postura filosófica é influenciado por movimentos sociais, entendemos que a ética relacional e de conteúdo (McNamee, Rasera & Martins, 2023) se relacionam a todo momento, já que, como terapeutas, necessariamente nos debruçamos em estudos, buscamos por referências outras para ampliação de narrativas para além das hegemônicas, que se transformam em conversas internas a todo tempo, enquanto nos relacionamos com as pessoas que atendemos.

Essas considerações, adicionadas às nossas próprias vivências pessoais, nos fizeram curiosas sobre como pressupostos feministas e sensibilizações das terapias feministas podem sugerir caminhos para construção de sensibilizadores clínicos, que fortaleçam as mulheres que atendemos na medida em que enfraquecem os sensos de isolamento e inadequação experimentados por elas. Assumimos o termo "sensibilizadores" ao longo do texto como uma forma de reconhecer que, a partir de leituras e vivências na clínica, o artigo pode oferecer caminhos que inspirem um processo de criação reflexivo-crítico para uma prática clínica politicamente engajada. Entendemos que um estranhamento de uma realidade dada como posta e naturalizada é fundamental nesse processo criativo e responsivo, por isso, não se tratam de orientadores rígidos, mas sim de uma aposta de que compartilhar como e o que temos feito para a construção de uma clínica feminista pode contribuir para que cada leitora e terapeuta construa seus próprios caminhos.

Assim, o objetivo deste artigo é reconhecer nos pressupostos feministas (seja nos estudos feministas ou nos movimentos sociais feministas) e nas terapias feministas caminhos para a construção de sensibilizadores clínicos que favoreçam a (re)construção de narrativas de si e a (re)definição de problema em atendimentos com mulheres. Toda análise e proposta dos sensibilizadores que serão apresentados ao longo deste artigo contam com a lente analítica da interseccionalidade (Crenshaw, 2004). A interseccionalidade sustenta a compreensão de que a diversidade das experiências narradas em nossos consultórios está condicionada à diversidade identitária das pessoas que

atendemos, sobretudo aos modos como raça e gênero interagem. Assim, apesar de estarmos nomeando uma prática que é sensível à vivência de mulheres, não temos como objetivo homogeneizar as experiências de diferentes mulheres em diferentes contextos, contudo consideramos que há aspectos comuns à existência de mulheres diversas que contam dos efeitos de estruturas sociais em função deste marcador do gênero.

Dessa forma, esse artigo é organizado de modo a apresentar aspectos dessa clínica feminista construída a partir do entendimento de que a terapia é um processo social, ético e político, para debater efeitos das construções sociais na descrição das identidades e nas definições de problema significados por essas mulheres para, por fim, destacar sensibilizadores terapêuticos como possibilidade de transformação destas narrativas em atendimento com mulheres.

TERAPIAS FEMINISTAS: ASPECTOS COMUNS

Para as finalidades deste artigo, entendemos como importante destacar que o patriarcado é entendido como um discurso dominante que influencia todas as pessoas, frequentemente de uma forma invisível, mas que as posiciona em um processo de negociação de poder na qual homens têm preferências a direitos e benefícios em relação às mulheres, além de representar uma estrutura de poder ideológica e violenta (Sant'Anna & Penso, 2015). Entendemos, então, o patriarcado como uma estrutura social que é instrumental para outras estruturas de poder (assim como o racismo), que fundamenta a colonialidade e o capitalismo.

Dessa forma, situar e debater o patriarcado como estrutura social de poder neste artigo se deve ao fato de que ele, na sua "invisibilidade" permeada dentro das relações, tem efeitos significativos nas construções de senso de si e definições de problema para mulheres. Dito isso, é válido mencionar que traremos essa palavra algumas vezes ao longo do texto, não para reforçar uma suposta disputa de poder individualizada e propositada entre homens e mulheres – como se houvesse "vilões" e "vítimas" –, mas para relembrar que é a partir de condições arquitetadas e reproduzidas cotidianamente, que se mantêm as diferenças de poder que fundamentam a construção de sofrimento de mulheres. A crítica, portanto, não se refere à construção de família (por exemplo), mas sim, como as estruturas que fundamentam nossas vivências precedem desigualdades de poder que, comumente, submetem mulheres a desiguais dinâmicas de poder.

Outra consideração que se faz importante na proposição das reflexões deste artigo é o reconhecimento de que, assim como a diversidade de mulheres, também se pressupõe uma diversidade de feminismos, no plural. Entendemos que o debate feminista pode ser bastante excludente quando não considera a multiplicidade de pautas a partir das diferenças de vivências no "ser mulher", fruto, inclusive, da hegemonia do feminismo branco e liberal. Essa é uma pauta especialmente levantada por mulheres negras, na proposição do feminismo negro (Ribeiro, 2018), que é elucidada pelos estudos interseccionais na denúncia de que o feminismo branco ignora a intersecção de classe e raça nas proposições dos debates de gênero.

Terapeutas feministas atentas a essas condições têm nutrido a literatura de esforços que contribuem para definição de uma terapia feminista, bem como para desenhar quais são seus principais interesses (Ballou, Hill & West, 2008; Dickerson, 2013; Goodrich, Rampage, Ellman & Hastead, 1988; Hare-Mustin, 2004; Narvaz & Koller, 2006; Narvaz & Koller, 2007; Neves & Nogueira, 2003; Knudson-Martin, 2015; Knudson-Martin, Huenergardt, Lafontant, Bishop, et al., 2015; Knudson-Martin, et. al., 2018; Sutherland, LaMarre, Rice, Hardt & Couteur, 2017). As autoras que referenciamos neste texto

partem de abordagens críticas inclusive no bojo da terapia familiar, como a terapia narrativa, construcionista social e psicologia social e comunitária.

Apesar de partirem de diferentes pressupostos, todas têm como ponto de partida o reconhecimento das diferenças de poder entre homens e mulheres em seu formato estrutural, que orienta as relações cotidianas e o processo de construção subjetiva das mulheres. Além disso, enfatizam a importância de que terapeutas estejam atentas a essas diferenças, fruto da estrutura patriarcal que nos orienta e subjetiva, para que não atuem – mesmo que de forma inadvertida – reproduzindo e endossando opressões (Dickerson, 2013).

Entendemos que lidamos com alguns desafios na proposição do nosso artigo e interesse de estudo e trabalho. Um deles é que está cada vez mais difícil identificar as desigualdades de poder em relações "progressistas". De acordo com algumas autoras, apesar de na contemporaneidade ser comum que as relações íntimas presumam mutualidade e equidade, temos um grande desafio de acessar as diferenças de poder nos relacionamentos, especialmente em relacionamentos entre homens e mulheres (Knudson-Martin, et al., 2015; Knudson-Martin, 2015; Sutherland, et al., 2017). Isso porque as hierarquias de poder atuam de forma implícita e incorporada em como o binarismo de gênero é construído e mantido, ou seja, lidamos com diferenças estruturais, mas cada vez mais disfarçadas. Portanto, pelo fato de as pessoas, incluindo terapeutas, frequentemente acreditarem que mulheres e homens se relacionam com equidade, é mais difícil reconhecer, por exemplo, como padrões de comunicação sustentam as diferenças de gênero e fazem com que elas permaneçam.

Assim, as autoras e terapeutas feministas afirmam que, embora haja um entendimento mais difundido e incorporado de que as questões de gênero importam e participam das relações íntimas e familiares, ainda é um desafio centralizar o assunto das diferenças de poder entre homens e mulheres em atendimentos clínicos (Knudson-Martin, et al., 2015). Por isso, a terapia feminista é compreendida como uma prática política, ética e, inclusive, é reconhecida como ativismo social (Ballou, Hill & West, 2008) e ação política, já que se entende que o que leva as pessoas à terapia está diretamente afetado por pressões e desigualdades sociais (Narvaz & Koller, 2006; Narvaz & Koller, 2007).

Para tanto, é necessário que as intervenções feministas em terapia impreterivelmente conectem e compreendam o interacional, o social e o político como intrínsecos a todo tempo. Segundo Ballou, Hill e West (2008), essa dança entre os diferentes níveis (individual, relacional, comunitário e sociocultural) acontece simultaneamente, de forma livre e fluida, ao longo de todo o processo conversacional. Mesmo que de forma fluida, o posicionamento e ação política podem ser requisitados por terapeutas de maneira mais direta, como forma de intervenção social (Knudson-Martin, et al., 2015) nas disparidades de gênero, raça, classe, entre outros, que se presentificam nas narrativas em contexto terapêutico.

Exemplos de reflexões feministas durante os atendimentos são o reconhecimento do sexismo como presente nas interações entre terapeuta e cliente(s), mesmo que de formas brandas e naturalizadas (Sutherland, et al., 2017), ou, como é possível perceber que homens estão mais reativos, ausentes ou desobrigados a refletir sobre suas práticas, reconhecendo o "ausente, mas implícito" (proposta terapêutica de Michael White, que pode ser visitado em Grandesso, 2011), processo que dificulta que eles alcancem suas descrições preferidas nos relacionamentos (Dickerson, 2013), ou ainda admitir o quão comum é que a profissional atenda mais aos pedidos de homens, reconhecendo os seus esforços, enquanto solicita às mulheres que mudem no relacionamento com eles, que seguem isentos desse tipo de pedido (Knudson-Martin, et. al., 2018). A identificação dessas dinâmicas se torna mais evidente em narrativas de mulheres que vivem relações

com homens, ou ainda em atendimentos de casais heterossexuais. Isso porque, em nossa perspectiva, parece ser no bojo dessas interações que o sexismo e machismo mais estão presentes, ou, segundo algumas autoras, é onde esses preconceitos se originam (Knudson-Martin, et al., 2015; Sutherland, et al., 2017), o que justifica o nosso interesse em centralizar nossas reflexões neste grupo de mulheres.

Não por acaso, as nossas primeiras conversas sobre a prática clínica feminista aconteceram enquanto compartilhávamos a posição de supervisoras de um grupo de estágio de um curso de formação em terapia familiar e de casal, e nos incomodamos ao perceber que as estagiárias respondiam de maneiras diferentes às mulheres e aos homens que atendiam. Em supervisão, era comum que elas descrevessem as mulheres como "chatas" e "implicantes" – muitas vezes por "falarem demais" –, enquanto os homens eram vistos como "bonzinhos" e "pacientes", percepções estas que organizavam suas construções de hipóteses e intervenções clínicas em relação à família ou casal. A maneira como compreendemos nossos incômodos, reconhecendo estes descritores como anúncios da influência de fatores sociais estruturantes na percepção das estagiárias, ao invés de enxergá-los como entendimentos isolados e individuais, foi fundamental para que articulássemos estratégias para que as sensibilidades de uma clínica feminista fossem parte da formação de terapeutas.

Em um contexto de sociedade que individualiza, medicaliza e culpabiliza pessoas que fogem às normas (contornadas por definições e critérios androcêntricos, misóginos, familistas, racistas, capacitistas e classistas), a terapia feminista afirma-se como revolucionária ao admitir os aspectos contextuais, políticos, culturais e econômicos para definições de problemas que supostamente são pessoais e individuais, mobilizando uma busca

coletiva para saídas e brechas (Neves & Nogueira, 2003; Sant'Anna & Penso, 2015). Partindo desses pressupostos, há o reconhecimento de que tais normas e normalizações, frutos de discursos estruturais, são por si só construtoras de sofrimento, especialmente em mulheres e outros grupos que não pertencem a um grupo favorecido (normalmente homens, brancos, cisgênero, heterossexuais e sem deficiência). Aspectos desse sofrimento, no geral, revelam as pressões sociais e relacionais (incluindo de terapeutas) para que pessoas que estão fora desse grupo se ajustem a ele e, como objetivo final, sejam como ele – o que é obviamente impossível.

Considerando esses aspectos, parece que, como terapeutas, estamos frente a um "dilema": seria a terapia espaço para favorecer tentativas (falidas, a nosso ver) de ajustamento desse grupo extenso àquele grupo de pessoas favorecidas? No caso de resposta negativa, quais seriam os esforços e interesses valiosos em conversas que se pretendem cuidadosas no espaço terapêutico? Como as terapeutas podem estar atentas a isso e o que podem fazer para problematizar e tensionar narrativas, nas quais aparecem os interesses e sofrimentos em se ajustar à norma?

LIDANDO COM O PATRIARCADO E SEUS EFEITOS NA CONSTRUÇÃO DE SENSO DE SI E DEFINIÇÃO DE PROBLEMA

Dentre os efeitos do patriarcado nas relações, está a facilidade de homens internalizarem a cultura do individualismo e competição, enquanto mulheres são mais flexíveis para se acomodarem aos pedidos de homens e carregarem a responsabilidade para a manutenção dos relacionamentos (Dickerson, 2013; Knudson-Martin, 2015; Sant'Anna & Penso, 2015). Em geral, homens estão menos aptos e preparados para conversarem sobre relacionamentos e suas fragilidades (por acabarem se sentindo vulneráveis e incompetentes), enquanto mulheres tendem a buscar por ajuda, seja profissional, em amizades ou fontes de informações, como leituras.

O entendimento de que mulheres são responsáveis por estar em um relacionamento e pela sua manutenção é um efeito da inter-relação do que Zanello (2016) denominou de dispositivo amoroso e dispositivo materno. De forma geral, esses dispositivos indicam como as mulheres são subjetivadas a partir de dois grandes feitos: ser escolhida por um homem e a condição inata de cuidar (especialmente de um filho, mas não só).

Assim, socializadas a partir desses dois dispositivos, para a maioria das mulheres, estar em um relacionamento é sinônimo de sucesso, e o esforço despendido para a manutenção dele é motivo de admiração por parte da sociedade fundamentada em valores patriarcais, como a instituição familiar, que reforçam continuamente essa lógica. Tais condições também se sustentam por um sentimento de culpa, especialmente no caso de mulheres que deixam relações ou não estão nelas, com frases típicas como: "eu poderia ter me esforçado mais", "não deveria ser tão exigente", "ele não está mais comigo por minha causa".

O processo terapêutico feminista pode abrir espaço para mulheres reconsiderarem os caminhos de suas vidas, buscando aqueles que sejam mais coerentes com os seus valores e que favoreçam a ampliação de seu senso de identidade e do processo de vir a ser. De acordo com Worell e Remer (In: Neves & Nogueira, 2003), a terapia feminista compreende quatro princípios fundamentais, sendo o primeiro deles o reconhecimento da diversidade do grupo de mulheres, o que significa negar a existência de um grupo homogêneo de mulheres. O segundo refere-se à ampliação de sentidos, ou seja, também compete às terapeutas conversas orientadoras e pedagógicas sobre violências e direitos, o que favorece processos de desculpabilização e politização de fenômenos, que podem ser genericamente lidos como individuais.

O terceiro e quarto contam da relação equitativa, horizontalizada entre terapeutas e clientes, de modo a reconhecer e valorizar suas escolhas, o que potencializa seus entendimentos sobre si mesmas e fomenta a construção de narrativas positivas. Esses últimos dois princípios podem parecer simples e básicos para quem os lê a partir de lentes pós-modernas na terapia, mas é válido mencionar que são princípios progressistas, já que configuram posturas relacionais que vão na contramão do isolamento e da competição entre mulheres.

Sabendo que o efeito mais direto da estrutura patriarcal é justamente o enfraquecimento das mulheres, tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo, participar de um processo terapêutico no qual as diferenças de poder sejam não só consideradas como também deliberadamente desconstruídas é fundamental. É nesse contexto que terapeuta e cliente podem reconhecer tais forças e, em um processo criativo, democrático, justo e emancipatório, criarem narrativas que ultrapassem movimentos de culpabilização e patologização da condição das mulheres, de forma a conduzir um processo no qual elas se sintam competentes e valorizadas. Segundo Neves e Nogueira (2003, p. 59):

> As metodologias feministas, e as terapias feministas na Psicologia em particular, reabilitando o ideal da igualdade entre os sexos e situando as problemáticas sociais nos seus espaços históricos, políticos e culturais constituem, de facto, formas ativas de resistência a uma ordem dominante não igualitária e propiciadora de atividades violentas. Ao colocar à disposição das vítimas instrumentos efetivos de mudança social, as terapias feministas prestam uma contribuição essencial para a educação, a formação e o consequente *empowerment* das mulheres, assegurando assim a possibilidade de maximização das suas potencialidades humanas.

Reconhecemos como o contato com a literatura da clínica feminista nos trouxe orientações sobre como seguir, a partir de nossa prática como terapeutas construcionistas sociais e nossa postura como feministas, construindo sensibilizadores para o que chamamos de clínica feminista construcionista social. O próximo tópico conta da aproximação entre esses dois referenciais para o processo de construção desses sensibilizadores.

PROCESSO DE PRODUÇÃO DE SENTIDOS DOS SENSIBILIZADORES DA CLÍNICA FEMINISTA

A clínica feminista convida as terapeutas a uma análise crítica e constante da sua prática, aprendendo a reconhecer a influência operada pela sociedade patriarcal nas histórias de sofrimento das mulheres e assumindo sua responsabilidade na subversão ou sustentação dessa lógica. Essa orientação crítica da terapia feminista é comum a outros movimentos teóricos situados na pós-modernidade, dentre os quais destacamos o construcionsimo social. Os pressupostos construcionistas estão intrinsecamente conectados aos entendimentos e sensibilizadores apresentados neste artigo, uma vez que a epistemologia construcionista é o ponto em comum que conecta as nossas práticas clínicas e acadêmicas junto das epistemologias e teorias feministas. Além disso, o campo de aproximação entre essas epistemologias já foi discutido em outros textos (Gonzaga, Guanaes-Lorenzi & Nogueira, 2022).

A aproximação que propomos entre o construcionismo social e as teorias feministas não é inédita ou fruto de mera coincidência, já que as pensadoras feministas são reconhecidas por Kenneth Gergen como pioneiras na busca por formas alternativas de interpretar e produzir conhecimento, compondo assim parte do que ele nomeou de "movimento construcionista social" (Gergen, 2009). Também é valioso mencionar o trabalho extenso de Mary Gergen no debate dessa conjunção, especialmente para a proposição de uma psicologia que incorpore o gênero como lente analítica, que se fez por meio da crítica de metodologias de pesquisa, historicamente reconhecidas por seus valores androcêntricos (Gergen, 2001; 2008).

Com a finalidade de colaborar com a produção de conhecimento que preza explicitamente pela intersecção entre a prática clínica e a teoria feminista, optamos por priorizá-las em detrimento de elaborar detalhadamente os pressupostos construcionistas sociais. Entretanto, referenciamos como fundamental para nosso artigo o argumento construcionista que confere à linguagem e aos relacionamentos a primazia na construção de conceitos organizadores da vida cotidiana e, consequentemente, nos seus processos de transformação (Gergen & Warhuus, 2001; McNamee, 2001; Rasera & Guanaes, 2010; Rasera & Japur, 2005).

Portanto, propor uma prática terapêutica informada tanto pelos pressupostos construcionistas quanto pelas teorias feministas significa considerar perguntas como: quais os efeitos das definições linguísticas fundamentadas em uma estrutura patriarcal para os entendimentos que as mulheres têm sobre si próprias? Como as elaborações sobre o que é considerado um problema, bem como as possibilidades de ação em relação a ele, são marcadas pelos valores e conjecturas patriarcais? E, por fim, sendo a clínica um espaço privilegiado de negociação de sentidos, como nossas intervenções sustentam ou subvertem essa influência massiva de uma sociedade patriarcal nas vidas das mulheres que acompanhamos? Por fim, como pode o feminismo, como sensibilizador, participar das intervenções na prática clínica?

Dessa forma, orientadas por esses questionamentos e pautadas por tais epistemologias, passamos a observar em nossa prática clínica, de forma mais deliberada e atenta, quais as principais queixas que as mulheres nos traziam e quais as principais

descrições sobre si que faziam uso. A partir desse reconhecimento, passamos a conversar entre nós sobre as semelhanças de posturas na interação conosco, como suas terapeutas, e em como elas descreviam suas principais relações e seus posicionamentos frente a elas. Foi na percepção dessas semelhanças que passamos a sistematizar o que hoje descrevemos como sensibilizadores para uma prática clínica feminista.

SENSIBILIZADORES PARA UMA PRÁTICA CLÍNICA FEMINISTA

Os sensibilizadores que apresentamos neste artigo são fruto de um esforço em articular o acompanhamento de mulheres em terapia e os pressupostos da luta feminista, elucidando como eles participam da nossa atuação profissional. Ao exercitar a escuta clínica nesse modo específico, a profissional passa a compreender coincidências narrativas nas histórias das mulheres enquanto denúncias das estruturas culturais e sociais que condicionam os seus processos de construção de sentidos.

Após algum tempo nos atentando para esses mecanismos no nosso cotidiano de trabalho, tornou-se possível evidenciar algumas características comuns nas narrativas de mulheres derivadas das diferenças de poder. A primeira que queremos destacar é o que chamamos de "autocrítica afiada", produto dos processos de socialização que convidam mulheres reconhecerem em si mesmas e a se responsabilizarem radicalmente pelos cuidados consigo e com as pessoas à sua volta. Essa perspectiva acaba fortalecendo o seu senso de responsabilidade em relação aos problemas, colaborando com o aumento dos níveis de culpa, cansaço e sobrecarga (Zanello, 2016).

Também é frequente ouvirmos mulheres que se descrevem como "confusas" enquanto constroem em terapia as narrativas sobre os seus próprios entendimentos e percepções, ainda mais nas situações em que eles disputam a sua validade com versões outras, especialmente aquelas construídas por homens. Esta posição de constante questionamento sobre a construção da sua fala é produto de um histórico de interações sociais que invalidam e silenciam as vozes de mulheres, gerando desconfiança em relação à sua competência para elaborar e expressar as suas experiências (Solnit, 2014).

Ainda que o convite da clínica construcionista feminista seja para que a terapeuta sensível às narrativas opressoras proponha intervenções em direção a entendimentos e performances que não estejam subalternizadas à sociedade patriarcal, achamos importante diferenciar essas ações daquilo que poderia ser entendido como uma atividade ativista no contexto profissional. Afinal, o trabalho clínico é construído a partir de outras sensibilidades e de princípios éticos que devem participar da escuta e das escolhas da terapeuta. Na prática, ao escutar, por exemplo, sobre as sobrecargas que mulheres tendem a viver nos cuidados com suas relações, a terapeuta informada pelos pressupostos feministas e pela ética do cuidado profissional pode favorecer a construção de limites e a possibilidade de renunciar a determinadas responsabilidades que consideravam impreterivelmente suas. Isso é diferente de levantar a bandeira da pauta feminista na conversa, dizendo sobre como a sobrecarga feminina é produto do patriarcado e, por isso, adoecedora.

Respondendo à intenção de construir uma prática clínica de orientação feminista, apresentamos sensibilizadores que propõem conversas terapêuticas que, além de validar e acolher incondicionalmente as histórias de mulheres, possam também ser suporte para um processo de emancipação das narrativas hegemônicas reproduzidas pela lógica patriarcal, que constrangem suas possibilidades de ação e decisão. A partir dessa revisão crítica e atenta que fizemos dos nossos trabalhos, foi possível nomear e descrever três sensibilizadores clínicos principais, que chamamos aqui de: Testemunhando em protesto, *Patchwork* de histórias e Apontando o dedo.

TESTEMUNHANDO EM PROTESTO

Posicionar-se como testemunha das histórias contadas por mulheres é um ato de protesto, não só por contrariar o ceticismo que costuma acompanhá-las, mas também por propor uma construção colaborativa das narrativas sobre suas experiências, influenciando positivamente a sua legitimidade. Na prática clínica, a posição de testemunha orienta a escuta e as intervenções da profissional no atendimento às mulheres: além de validar suas histórias, compondo um coro com as suas versões, participa ativa e deliberadamente para a elaboração de entendimentos que desvelam dinâmicas opressoras e violentas.

Apesar de parecer óbvio e comum ao acompanhamento de todas as pessoas em terapia, escolhemos destacar este como um sensibilizador fundamental para a prática clínica feminista, uma vez que as falas e percepções de mulheres tendem a ser negligenciadas e colocadas em xeque, mesmo em contextos de acolhimento e cuidado profissional. Os valores dessa sociedade patriarcal e os seus discursos, que posicionam mulheres como loucas, dramáticas e manipuladoras, têm uma influência massiva no modo como, ainda que irrefletidamente, a terapeuta pode duvidar, minimizar ou pedir por ponderação acerca do que está ouvindo das mulheres que acompanha.

Como efeito, essa desconfiança acaba desestimulando a construção das narrativas que elucidam as influências patriarcais na vida destas mulheres, protegendo, assim, pessoas e instituições violentas de seus possíveis atos de denúncia e resistência. Tais ações são ainda mais restritas em contextos silenciados pelas normas da discrição e da intimidade, como no caso de ambientes familiares e profissionais, por exemplo. Essa dinâmica maximiza a importância da validação e da confiança estabelecidas na relação entre mulher e terapeuta, já que esta muitas vezes é a única pessoa a acessar cenas de violência e opressão vivenciadas por aquela.

Evidenciamos aqui a participação da linguagem na manutenção de mecanismos que preservam as dinâmicas machistas e violentas nessas instituições (Neves & Nogueira, 2003). É no jogo linguístico que se revelam as negociações entre o que é público e o que é privado – o que, quando e a quem deve ser dito. Um exemplo disso é o ditado popular "em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher".

Apesar de, felizmente, esse ditado ter sido criticado e transformado ao longo dos últimos anos, ainda são poucos os espaços de troca e influência capazes de, efetivamente, se meter nas esferas do privado. Portanto, a clínica, enquanto um espaço privilegiado de investigação e negociação de sentidos (Gergen & Warhuus, 2001), torna-se um dispositivo transformador capaz de transpor esse limite e borrar suas definições. Ainda, a clínica feminista que estamos defendendo aqui é a todo tempo informada pelo slogan da Segunda Onda Feminista, "o pessoal é político", que nos resgata para a necessidade incontornável de considerar como debate político aquilo que se passa nos âmbitos privados.

Uma experiência recorrente que acompanhamos em nossos consultórios é a de mulheres que experimentam aspectos violentos nos seus relacionamentos, mas que não os percebem como tal. A terapeuta, ao testemunhar o processo de narração dessas cenas, passa a oferecer descritores como "abuso", "exploração", "injustiça" e "sobrecarga" a elas, ampliando o repertório daquilo que pode ser considerado violento, facilitando movimentos de resistência a tais funcionamentos. Assim, fortalecer o ponto de vista de uma mulher, assumindo o lugar de testemunha, é se posicionar em protesto contra as forças que as silenciam e invisibilizam.

PATCHWORK *DE HISTÓRIAS*

Esse sensibilizador busca compartilhar com as mulheres que atendemos as histórias de outras, a partir de seus aspectos comuns, traçando uma trama coletiva na qual

elas possam se reconhecer. Parece valioso um sensibilizador clínico que nos ajude, como terapeutas, a cuidar de um fenômeno típico e necessário para a sustentação do patriarcado, que são os sentidos de isolamento e inadequação das mulheres (hooks, 2018), especialmente comuns a mulheres em sofrimento.

O amplo repertório conversacional constituído pela terapeuta feminista em diálogo com mulheres – seja no contexto terapêutico ou fora dele – costuma acionar sentimentos de impotência e desesperança ao nos depararmos com os efeitos mais invisíveis e imperceptíveis que geram sofrimentos nas mulheres. Ao reposicionar este repertório de histórias de sofrimento de outra forma, agora como sensibilizador, invertemos o caminho da desesperança ao deslocar o olhar culpabilizante de si para os aspectos compartilhados cultural e socialmente com outras mulheres.

Não queremos com isso pasteurizar ou generalizar a conversa terapêutica, desconsiderando a interseccionalidade e singularidade que compõem cada experiência singular. Mas, assim como na costura de uma peça *patchwork*, valorizamos as especificidades e assimetrias de cada pedaço de história, ao mesmo tempo que conseguimos alinhá-la com outra, criando uma combinação inédita em que uma nova perspectiva possa ser assumida.

Na prática, essa costura acontece quando a terapeuta associa o que está sendo dito em sessão com alguma outra história de seu repertório de conversas anteriores. Um bom exemplo da utilidade deste sensibilizador no cotidiano da clínica feminista se dá na conversa com mulheres heterossexuais que desejam viver um relacionamento amoroso, mas entendem que isso é impossibilitado por conta de seu "dedo podre". Essa expressão preserva os pilares da estrutura patriarcal de entendimentos críticos ao desconsiderar os contextos que fazem desse desejo da mulher um problema, posicionando-a como alguém que não consegue fazer boas escolhas. Ao apontar o caráter ordinário dessa história, compartilhando com a cliente falas semelhantes ditas por outras mulheres, a terapeuta desafia o aspecto central que organiza a narrativa sobre o problema. Afinal, se parece haver uma "epidemia de dedos podres" por aí, parece também ser sensato se atentar para os fatores externos que parecem favorecê-la. Assim, ao não diferenciá-las entre si, estas mulheres passam a diferenciar-se do problema (White, 2012).

APONTANDO O DEDO

É inegável que a lógica do funcionamento neoliberal constitui um senso de responsabilidade individualista e massacrante, que atravessa a vida de todas as pessoas indiscriminadamente. Também é inegável que essa lógica afeta de maneiras diferentes determinados grupos de pessoas, prejudicando-as em maior ou menor medida, dependendo da sua intersecção com outros fatores sociais.

No caso das mulheres, o senso de responsabilidade neoliberal ganha contornos e efeitos específicos, resultado de um processo específico de socialização feminina, que faz com que elas se responsabilizem não só por si mesmas, mas também por quase todos os espaços que ocupam, pelas pessoas com quem se relacionam, bem como pela manutenção desses relacionamentos (Santos, 2021). A ideia de que se é responsável pelo sucesso de todas essas frentes acaba confinando as mulheres em uma posição de centralidade nas suas narrativas. Esse destaque não conta de uma centralidade potente, de quem se percebe em condições de gerenciar dilemas de acordo com os seus valores e a favor de suas competências, mas sim de uma centralidade marcada pela culpa e pela sobrecarga.

Na nossa experiência clínica, estas características são notáveis nos atendimentos às mulheres, que já iniciam o processo terapêutico partindo de narrativas complexas, elaboradas depois de um longo tempo de reflexão solitária e de conversas significativas com pessoas de confiança. É comum que, nessas narrativas, elas se coloquem

como as principais causadoras de sofrimento, sejam de seu próprio ou das pessoas ao seu redor: "a culpa é minha", "eu deveria ter feito diferente", ou "me arrependo de ter agido daquela forma" são exemplos de falas típicas que ilustram esse processo gerador de sofrimento e culpabilização.

Notamos diferenças bastante marcadas nos atendimentos com homens e com mulheres. Essas diferenças se devem aos modos como o senso de responsabilidade é performado pelas mulheres, que por sua vez é muito diferente dos que estão correlacionados com a masculinidade. Enquanto a estes estão impostos posicionamentos de serem fortes e decididos, àquelas são exigidos o exercício da sensatez, tolerância e bondade. Se dos homens é esperado que exerçam sua responsabilidade por meio da sua capacidade de se posicionar, das mulheres espera-se que sejam sempre capazes de ser razoáveis e agradáveis, evitando qualquer tipo de conflito. Caso contrário são tidas como "grossas", "rígidas" e "intransigentes".

Assim, ajudar as mulheres a apontarem seus dedos, endereçando responsabilidades para fora de si mesmas, é um sensibilizador da terapeuta que busca dissolver a culpa ao invés de estimular. No campo das práticas psicoterapêuticas, é conhecido o pressuposto de que "assumir as responsabilidades sobre seus próprios problemas é um caminho terapêutico". No entanto, no caso do acompanhamento de mulheres, esse não se configura como um movimento inédito e, portanto, transformador. Pelo contrário, ele sustenta funcionamentos incapacitantes e adoecedores, que geram um enfraquecimento típico para o funcionamento de uma sociedade patriarcal.

A fim de explorar um contexto relacional produtor de sofrimento entre as mulheres que atendemos que seja diferente das relações afetivas com homens, temos como exemplo clínico deste sensibilizador as histórias de mulheres que cuidam das pessoas idosas da sua família. Dentro da estrutura familiar, é comum que as mulheres estejam encarregadas de todo o exercício do cuidado, ou seja, parece óbvio que de acordo com "o caminho natural das coisas", sejam elas as responsáveis pelo bem-estar das pessoas idosas da família. Além de esperar que as mulheres tomem decisões difíceis sobre as vidas dessas pessoas e que garantam o funcionamento da estrutura básica necessária para a gestão de seus cotidianos, espera-se que elas o façam sem se cansar ou reclamar, gerando o mínimo possível de tensão entre familiares. Nesses casos, ajudar as mulheres em terapia a "apontarem os seus dedos" para as pessoas e os entendimentos que as sustentam nessa posição é uma ação propositalmente má educada, que subverte o acervo de performances consideradas femininas. Por meio dela, expandimos os sentidos da responsabilidade para além de si mesmas cuidando da culpa e fomentamos a criação de dinâmicas coletivas de cuidado, diluindo a sobrecarga.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que os sensibilizadores clínicos apresentados neste artigo são sensíveis em propor mudanças no processo de descrição de si e definição de problemas de mulheres. Nossa intenção é que eles possam favorecer a ampliação de repertórios e aumentar vocabulários disponíveis para que mulheres em processo terapêutico com terapeutas feministas possam utilizar para se descreverem, bem como a seus problemas. Assim, entendemos que ampliar esses repertórios e diminuir sensos de sofrimentos mais comuns fruto da sociedade patriarcal é mitigar os efeitos dessa estrutura de poder que subjetiva mulheres.

Ao compreendermos que os discursos hegemônicos povoam nossos imaginários sociais, com noções sobre o que é certo e errado, bom e ruim, é com facilidade que tropeçamos em vocabulários, ações e performances que sustentam o status quo. Por

isso, este artigo faz parte de um levante de tantas outras terapeutas feministas que vêm refletindo e propondo reflexões e tensionamentos acerca de como nossos sentidos são embasados em diferenças de poder, com suas artimanhas de silenciamento e apagamento histórico, de narrativas e de corpos.

Ao partirmos das noções de que nossos afetos, nossos corpos, nossa subjetividade e nossa identidade são processos de construção social, apostamos em ampliar os repertórios que compõem e tecem nossas relações. Ou seja, apostamos na mudança e na transformação e tudo isso passa por uma clínica política e eticamente engajada. No que diz respeito ao objetivo do artigo, entendemos que apostar em sensibilizadores clínicos que possam favorecer caminhos alternativos e subversivos aos impostos pelo patriarcado é uma forma de desobedecê-lo e que, por si só, é revolucionário e feminista.

A proposta desses sensibilizadores se faz possível a partir da postura criativa e ativa no processo de transformação social que acreditamos que a clínica construcionista social, atrelada aos estudos feministas, pode favorecer. Entendemos que cada terapeuta feminista pode construir seus próprios sensibilizadores, fundamentados na intenção de conter os efeitos da sociedade patriarcal, para a descrição de si e definição de problemas.

REFERÊNCIAS

Ballou, M., Hill, M., & West, C. (Eds.). (2008). *Feminist therapy theory and practice: A contemporary perspective*. Springer Publishing Company.

Crenshaw, K. (2004). A intersecionalidade na discriminação de raça e gênero. VV. AA. *Cruzamento: raça e gênero*. Brasília: Unifem, 7–16.

Dickerson, V. (2013). Patriarchy, Power, and Privilege: A Narrative/Poststructural View of Work with Couples. *Fam. Proc., 52*, 102-114. https://doi.org/10.1111/famp.12018.

Gergen, K. J. (2009). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *INTERthesis, 6*(1), 299–325. https://doi.org/10.5007/1807-1384.2009v6n1p299

Gergen, K. J. & Warhuus, L. (2001). Terapia como construção social: características, reflexões, evoluções. In: M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Orgs.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança* (pp. 27-64). Coimbra: Quarteto.

Gergen, Mary (2001). *Feminist reconstructions in psychology: Narrative, gender, and performance*. Sage.

Gergen, Mary (2008). Qualitative methods in Feminist Psychology. In Carla Willig & Wendy Sainton-Rogers (Eds.), *Qualitative Research in Psychology* (pp. 280-295). Sage.

Goodrich, T. J., Rampage, C., Ellman, B., & Halstead, K. (1988). *Feminist family therapy: A casebook*. W W Norton & Co.

Gonzaga, D. S. K., Guanaes-Lorenzi, C. & Nogueira, C. (2022). Debate Epistemológico para o Entendimento da Pesquisa Feminista Construcionista Social. *Psicol. Soc., 34*, 1-14.https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v34260679

Grandesso, M. G. (2016). "Dizendo olá novamente": A Presença de Michael White entre nós terapeutas familiares. *Nova Perspectiva Sistêmica, 20*(41), 99–118. Recuperado de https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/208

Hare-Mustin, R. T. (2004). Can We Demystify Theory? Examining Masculinity Discourses and Feminist Postmodern Theory. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 24*(1), 14–29. https://doi.org/10.1037/h0091235.

hooks, b. (2018) *O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras*. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos.

McNamee, S. (2001). Reconstruindo a terapia num mundo pós-moderno: recursos relacionais. *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança*, 237-264.

McNamee, S., Rasera, E., Martins, P. (2023). *Practicing therapy as social construction*. Sage: California.

Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). Metodologias feministas e estudos de gênero: Articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo, 11*(3), 647-654.

Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2007). Feminismo e terapia: a terapia feminista da família - por uma psicologia comprometida. *Psicologia Clínica, 19*(2), 117-131. Recuperado em 09 de maio de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652007000200009&lng=pt&tlng=pt.

Neves, S. & Nogueira, C. (2003). A psicologia feminista e a violência contra as mulheres na intimidade: a (re)construção dos espaços terapêuticos. *Psicologia & Sociedade, 15*(2), 43-64.

Knudson-Martin, C. (2015). When Therapy Challenges Patriarchy: Undoing Gendered Power in Heterosexual Couple Relationships. In: Knudson-Martin, C., Wells, M., Samman, S. (eds) *Socio-Emotional Relationship Therapy*. AFTA SpringerBriefs in Family Therapy. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-13398-0_2

Knudson-Martin, C., Huenergardt, D., Lafontant, K., Bishop, L., Schaepper, J., & Wells, M. (2015). Competencies for addressing gender and power in couple therapy: a sócio emotional approach. *Journal of marital and family therapy, 41*(2), 205–220. https://doi.org/10.1111/jmft.12068

Knudson-Martin, C., ChenFeng, J., Galick, A., Lobo, E., Samman, S. K. & Williams, K. (2018). Transforming Gender Discourse in Couple Therapy: Researching Intersections of Societal Discourse, Emotion and Interaction. In: Smoliak, O. & Strong, T. (Orgs.) *Therapy as discourse: practice and research* (pp. 141-162). Palgrave macmillan.

de Sant'Anna, T. C., & Penso, M. A. (2015). A violência contra a mulher na perspectiva da terapia feminista da família. *Nova Perspectiva Sistêmica, 24*(53), 95–110. Recuperado de https://revistanps.com.br/nps/article/view/149

Rasera, E. F., & Guanaes, C. (2010). Momentos marcantes na construção da mudança em terapia familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(2), 315–322.

Rasera, E. F., & Japur, M.. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. *Paidéia* (ribeirão Preto)*, 15*(30), 21–29. https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000100005

Ribeiro, D. (2018) *Quem tem medo do feminismo negro?* São Paulo: Companhia das Letras.

Santos, E. (2021). *Conversas corajosas*. Paz e Terra.

Solnit, Rebecca (2017). *Os homens explicam tudo para mim*. São Paulo: Cultrix.

Sutherland, O., LaMarre, A., Rice, C., Hardt, L., & Le Couteur, A. (2017). New sexism in couple therapy: A discursive analysis. *Family Process, 56*(3), 686–700. https://doi.org/10.1111/famp.12292

White, M. (2012). *Mapas da prática narrativa*. (A. Migliavaca, Trad.). Porto Alegre: Pacartes.

Zanello, V. (2016). Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a Psicologia. In: V. Zanello & M. Porto (Orgs.), *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia* (pp. 103-122). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

MARINA ARANTES SILVA

Psicóloga clínica formada pela Universidade Federal de Uberlândia e mediadora de conflitos pelo Instituto Conversações de Ribeirão Preto. Membra associada ao Taos Institute. Atende adultos, casais e famílias a partir das premissas do construcionismo social, e atua como supervisora e docente em diferentes contextos de formação profissional, com ênfase em construcionismo social e questões de gênero na prática clínica. Psicóloga clínica.
E-mail: marina.arantes.s@gmail.com.
https://orcid.org/0000-0001-9616-2319.

DOMITILA SHIZUE KAWAKAMI GONZAGA

Psicóloga formada pela UFSCar, onde também fez mestrado. É formada no curso de Especialização de Terapia Familiar e de Casal Sistêmica pela UNIFESP e é doutora em Psicologia pela USP-RP, com dupla titulação pela UP (Universidade do Porto, Portugal). Também tem a formação pelo ICCP-Interfaci, com o certificado internacional de práticas colaborativas e dialógicas. Psicóloga clínica, Professora e supervisora no ITFSP, cocriadora da Coletiva Olhares.
E-mail: domitila.gonzaga@gmail.com.
https://orcid.org/0000-0001-6465-1011.