



Entre a Arte, a Clínica e o Social:

Pesquisas
em Psicologia na
Contemporaneidade

Organizadores

Beatriz Leal Santos
Lucas Barbosa Namur
Raquel Garcia de Lima Sória
Rafael Bianchi Silva

Beatriz Leal Santos
Lucas Barbosa Namur
Raquel Garcia de Lima Sória
Rafael Bianchi Silva
(Organizadores)

Entre a Arte, a Clínica e o Social:

Pesquisas em Psicologia na Contemporaneidade



Programa de Pós-Graduação em Psicologia
2026

Elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E61	Entre a arte, a clínica e o social [recurso eletrônico]: pesquisas em Psicologia na contemporaneidade: reflexões, práticas e desafios / Beatriz Leal Santos, Lucas Barbosa Namur, Raquel Garcia de Lima Sória, Rafael Bianchi Silva (Organizadores).— Londrina Pr : PSI/PPSIC/UJEL, 2026. 1 livro digital. ISBN 978-85-7846-627-5 Disponível em: https://pos.uel.br/psicologia/livros/ . 1. Psicologia e educação. 2. Psicanálise e clínica aplicada. 3. Educação insurgentes. 4. Clínica psicanalítica e Covid. 5. Autismo infantil. 6. Psicoterapia individual. 7. Avaliação psicológica e processos clínicos. 8. Psicologia social e processos institucionais. 9. Educação e formação humana. 10. Processos educativos. I. Santos, Beatriz Leal. II. Namur, Lucas Barbosa. III. Sória, Raquel Garcia de Lima. IV. Silva, Rafael Bianchi. V. Título. CDU 159.9
-----	---

Bibliotecária: Eliane Maria da Silva Jovanovich – CRB9/1250

O conteúdo dos capítulos é de responsabilidade de seus autores.
Não nos responsabilizamos por links ou sites aqui indicados, nem podemos
garantir que eles continuarão ativos e/ou adequados

Revisão e organização

Beatriz Leal Santos
Lucas Barbosa Namur
Raquel Garcia de Lima Sória
Rafael Bianchi Silva

Capa

João Victor Begnini Simic

Diagramação

Raquel Garcia de Lima Sória

ISBN

978-65-979700-1-8

Comitê Editorial

Os capítulos desta obra foram avaliados pelos seguintes membros do Comitê Editorial:

Amanda Lays Monteiro Inácio – Unesp/Assis

Fauston Negreiros – Universidade de Brasília

Heloísa Aguetoni Cambuí – Unifil/Londrina

Marcos Leandro Klipan - Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Maria Carolina Rissoni Andery - Pontifícia Universidade
Católica/São Paulo

Regiane da Silva Macuch - Unicesumar/Maringá

Nathalia Martins Beleze – Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Neide da Silveira Duarte de Matos – Universidade Estadual do Oeste do
Paraná

Silvia Maria Cintra da Silva – Universidade Federal de Uberlândia

Taís Fim Alberti – Universidade Federal de Santa Maria

Sumário

Apresentação.....	8
Eixo I - Fundamentos e Produção de Subjetividade	11
Capítulo 01. O Espaço do Relato Autobiográfico na Pesquisa Científica.....	12
<i>Dandara Peraro de Sousa</i>	
<i>Rafael Bianchi Silva</i>	
Capítulo 02. Psicanálise e Clínica Ampliada: a construção do fato clínico psicanalítico como método de pesquisa.....	29
<i>Francis Willian Bueno Lourenço</i>	
Capítulo 03. Ninguém Escapa da Educação: A Repercussão do Projeto Colonial-Capitalista e a Potência das Educações Insurgentes	46
<i>Eneida Silveira Santiago</i>	
<i>Alexandre Bonetti Lima</i>	
<i>Fabio Cardoso Lopes</i>	
Capítulo 04. O corpo que dança e a produção de subjetividades: ensaiando caminhos.....	69
<i>Vanessa Jesus Riga</i>	
<i>Eneida Santiago</i>	
Eixo II - Clínica, Formação e Práticas em Psicologia.....	84
Capítulo 05. A clínica psicanalítica antes e depois da pandemia da covid-19: emergência do setting virtual	85
<i>Felipe de Souza Barbeiro</i>	
<i>Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis</i>	
Capítulo 06. Autismo infantil: interação paciente-psicoterapeuta na psicanálise.....	102
<i>Kathyúscia Geórgia Araujo do Valle Schmidt</i>	

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

**Capítulo 07. Constituição do Sujeito na Primeiríssima Infância:
impasses do uso dos eletrônicos 128**

Nayara Tiemi Naves

Katya Luciane de Oliveira

**Capítulo 08. Famílias encaminhadas pelo Judiciário para
tratamento: entrevistas iniciais e construção de demanda em
psicoterapia..... 142**

Hellen Lima Buriolla

Maíra Bonafé Sei

Rebeca Nonato Machado

**Capítulo 09. O abandono da psicoterapia individual no serviço-
escola de Psicologia da UEL..... 163**

Maria Lúcia Mantovanelli Ortolan

Maíra Bonafé Sei

**Capítulo 10. O que pode o psicólogo na UTI neonatal?
Atendimento a puérperas - mães de gêmeos 183**

Larissa Osete Souza

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

**Capítulo 11. Aprendizagem experiencial e formação em Psicologia:
experiências de estudantes extensionistas no Projeto Acolher com
famílias de pessoas com TEA..... 203**

Raquel Garcia de Lima Sória

Cassiane Pereira da Silva

Eixo III - Psicologia, Políticas Públicas e Marcadores Sociais. 222

**Capítulo 12. Entrada e atuação da Psicologia no SUAS/CRAS: uma
análise a partir dos documentos e parâmetros 223**

Jacqueline Montilha Leonardi

Jessica Pedrosa Mandelli

Rafael Bianchi Silva

Capítulo 13. Avaliação Psicológica no Contexto da Socioeducação: um olhar sobre a saúde mental do adolescente em privação de liberdade250

Hellen Patricia Paulino Furtado

Katya Luciane de Oliveira

Lucas Barbosa Namur

Capítulo 14. A cor do cuidado: raça/etnia e seus efeitos na Atenção Primária do SUS.....275

Julia Gindre Soreano Lopes

Jefferson Olivato da Silva

Capítulo 15. Saúde Pública para (o controle dos corpos das) mulheres? Relato de uma pesquisadora no serviço de saúde296

Josiane Santos Costa

Silvia Cordeiro Nogueira

Capítulo 16. Atuação Psicológica frente a Violência Perpetrada por Parceiro Íntimo: crítica, cuidado e enfrentamento320

Nathalia Maria Gouveia

Capítulo 17. A pílula anticoncepcional no campo das publicações científicas brasileiras: uma revisão sistemática338

Nathália Tavares Bellato Spagiari

Silvia Cordeiro Nogueira

Rodrigo Sanches Peres

Sobre os autores.....364

Apresentação

A Psicologia é uma ciência plural. Dizemos isso ao considerar que ela ocupa espaços que, muitas vezes, não são reconhecidos ou valorizados socialmente. Sua atuação atravessa diferentes contextos, saberes e práticas, ampliando possibilidades de compreensão e intervenção na realidade.

A partir de uma formação composta em três linhas de pesquisa — Avaliação Psicológica e Processos Clínicos; Psicologia Social e Processos Institucionais; Educação, Formação Humana e Processos Educativos — que contam com pluralidade de teorias, técnicas e experiências, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (PPGPSI/UEL), partimos do princípio de que a diversidade nos conecta.

Nesse cenário, surgiu a ideia de registrar as reverberações dos trabalhos decorrentes de dissertações de Mestrado construídas no âmbito do PPGPSI/UEL que contam tanto com a participação de egressos como pesquisadores externos à instituição. Em sua multiplicidade temática, a arte, a clínica e o campo social se destacam como meios potentes de transformação, possibilitando encontros, diálogos e construções coletivas.

Dividido em três eixos temáticos, o livro apresenta capítulos que tecem reflexões sobre a pesquisa científica, a produção de subjetividade, as possibilidades e desafios do trabalho em instituições e questões políticas e contemporâneas que interpelam a prática e a formação em Psicologia.

No Eixo I - chamado de “Fundamentos e Produção de Subjetividade” -, concentram-se os estudos relacionados à produção de subjetividade e aos fundamentos teórico-metodológicos da Psicologia, abordando temas como o relato autobiográfico na pesquisa científica, a construção do fato clínico psicanalítico, os efeitos do projeto colonial-capitalista na educação e as possibilidades de resistência por meio de práticas insurgentes, além das relações entre corpo, arte e subjetividade.

O Eixo II - nomeado “Clínica, Formação e Práticas em Psicologia” - reúne discussões sobre a clínica, os processos de formação e as práticas profissionais em Psicologia, contemplando reflexões sobre os impactos da pandemia na clínica psicanalítica, o atendimento em contextos específicos, como a UTI neonatal, e as complexidades do trabalho com diferentes públicos, como crianças, famílias e estudantes universitários. Também são apresentadas experiências formativas e relatos de atuação que evidenciam os desafios e as potencialidades do fazer psicológico.

Por fim, o Eixo III - “Psicologia, Políticas públicas e Marcadores Sociais” - apresenta reflexões sobre a atuação da Psicologia no SUAS, a saúde mental de adolescentes em privação de liberdade, os efeitos das relações raciais na atenção à saúde, as violências de gênero e o controle dos corpos. As discussões evidenciam como fatores sociais, históricos e políticos atravessam as práticas psicológicas e a produção de cuidado.

Ao longo dos capítulos, são abordadas temáticas que perpassam a formação, a atuação profissional e os atravessamentos sociais, culturais e políticos que constituem a Psicologia como ciência e profissão. Os diferentes modos de construção e produção da pesquisa psicológica reunidas na obra apontam para a necessidade de uma atuação comprometida ética e politicamente com a transformação social e com a promoção de direitos e da dignidade humana.

Entendemos que esta obra se constitui como um espaço de encontro entre diferentes perspectivas, saberes e experiências, contribuindo para o fortalecimento da Psicologia em sua diversidade. Espera-se que a leitura possa instigar estudantes, pesquisadores e profissionais a ampliarem seus olhares e práticas, reconhecendo a complexidade dos fenômenos humanos e sociais.

Nós, organizadores, estamos honrados com a participação de cada um. Enquanto proposta, este volume nasceu tanto como demanda de produção e divulgação, mas, acima de tudo, como experiência pedagógica que compõe a nossa formação enquanto pesquisadores jovens em Psicologia. Assim, esta obra, como a Psicologia, é construída a muitas mãos, situada em um tempo e espaço, aberta a novos dizeres e problematizações.

Boa leitura!

Beatriz Leal Santos
Lucas Barbosa Namur
Raquel Garcia de Lima Sória
Rafael Bianchi Silva

Eixo I -
**Fundamentos e Produção de
Subjetividade**

O Espaço do Relato Autobiográfico na Pesquisa Científica

Dandara Peraro de Sousa

Rafael Bianchi Silva

Introdução

Quantos vários significados a palavra “história” contém? Ela pode se referir à ciência que se volta para o passado de forma a compreendê-lo sem perder de vista o futuro. Pode dizer de conteúdos literários trazidos no enredo de um livro. Assim como em alguns momentos pode ser aquele acontecimento relatado por uma pessoa conhecida ou a história fala de um coletivo quando possibilita transmitir o que se passou com todo um povo. Refere-se também do que é singular de uma única pessoa quando se trata das vivências, o que nesse caso, aponta para o que chamamos de história de vida.

Dentre todas as particularidades que cabem nesses diversos significados do termo, um ponto parece marcar o que há em comum sobre todos eles: a possibilidade de ser compartilhada. Seja por um método científico ou por um relato informal a história percorre caminhos próprios, com visões muito particulares. Inclusive, tais caminhos podem ser barrados ou impedidos discursivamente para que a história de toda uma população ou pessoa não seja contada.

Em específico, a temática sobre as histórias de vida tem chamado nossa atenção nos últimos anos. Ao começar a recordar, ressignificar e compreender minha história de vida, considera-se necessariamente um olhar para o outro. Quais caminhos foram percorridos para que meus familiares, amigos, pacientes, chegassem aonde estão atualmente? O que foi produzido a partir dos eventos e condições por eles vivenciados? Quais os efeitos desse processo em termos subjetivos?

A resposta dessas questões nos leva para a capacidade das histórias de vida serem compartilhadas em relatos que constroem uma autobiografia. É a partir dele, através da memória (perpassada pela cognição, mas também por sentimentos) que acessamos as vivências do outro. Estes sentimentos são, inclusive, muitas vezes contraditórios, incompletos, emocionantes e sempre singulares, produzindo uma especificidade ao que se refere a este tipo de relato. Ou seja, é carregado de afeto.

Enquanto pesquisadores, ouvimos essas histórias e experiências de vida que apontam para caminhos de um processo de formação. Desse modo, entendemos que na prática investigativa nos defrontamos com modos de produção de si que envolvem o processo de contar essas vivências e experiências. A partir disso, nos perguntamos sobre qual o espaço do relato autobiográfico na pesquisa científica da atualidade para aqueles que contam e aqueles que escutam essas histórias.

Inicialmente, buscou-se identificar como esses dois eixos se articularam. Porém, no processo foi possível observar diferentes relatos que apontam para a trajetória de vida dos sujeitos que compõem a pesquisa. Considerando que a fala traz mais do que semelhanças, mas representações de elementos importantes da nossa vivência em sociedade, a partir das vivências como ouvintes dos relatos e da análise dos recortes de falas de entrevistas realizadas, foram produzidas três categorias de análise que auxiliaram a pensar na pergunta desta pesquisa.

A primeira categoria se referiu ao valor das histórias de vida na atualidade, pois as pessoas se utilizam do conhecimento científico para buscar responder a perguntas da atualidade (Manoel; Silva; Oliveira, 2017). Portanto, para que as histórias de vida tenham espaço nas pesquisas é necessário que as pessoas as considerem temas relevantes para serem pensados. Para este estudo me acompanhei do conceito de “sociedade do espetáculo” de Guy Debord (1967/2003). A segunda se refere ao tempo de se refletir sobre a própria história de vida como uma condição para que esta possa ser compartilhada, o que foi amparado no conceito de “sociedade do cansaço” de Byung-Chul Han (2017). Por fim, na terceira categoria de análise é colocada, a partir do método fenomenológico, a experiência de ouvinte dos relatos como uma possibilidade de escuta de histórias de vida.

Onde está o valor para se compartilhar relatos de histórias de vida?

Os recortes das falas presentes neste artigo são de cinco mulheres, entre 49 e 57 anos. São elas: Grata, Responsável, Ativa, Trajetória e Comprometida, Nomes derivados do sentido do conteúdo total dos elementos trazidos em seus relatos. Todas as entrevistadas são assistentes sociais que participaram da construção da política do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) a nível municipal, estadual e federal. No período de pouco mais de uma hora, elas se disponibilizaram a relatar e relembra vivências da infância, da família e de desafios enfrentados nos seus caminhos de vida.

Falar sobre si em uma entrevista pode parecer uma tarefa fácil, afinal todos conhecemos nossa própria história. Entretanto, no contato com essas cinco mulheres observou-se que muitas vezes o discurso oscilava entre processos de trabalho, a formação da política de assistência social de forma geral e para as histórias de vida das entrevistadas

Um primeiro elemento a ser indicado é a insegurança por parte das entrevistadas em participar do processo de pesquisa, em especial, por não identificar que teriam algo importante a ser dito ou se assim tivesse, por onde começariam esses relatos. Por exemplo, uma pessoa ao receber a mensagem de convite para participar da pesquisa se desculpou por não poder atender à demanda, relatando que estava desatualizada das políticas públicas de Assistência Social e que, por isso, não poderia contribuir. Grata, a primeira pessoa a ser entrevistada disse:

Para você seria importante começar a falar de onde? Porque quando você... me assustou um pouquinho quando você falou assim de experiências de vida na formação [...] eu fiquei pensando assim: "Nossa, que que eu vou contar para ela, né? Eu não sou a Luiza Erundina, que o pai botou no burrinho e levou para a capital para ela ir poder estudar. Eu não sou a... sei lá, lembrei de outras pessoas aí do Serviço Social [...]. E eu pensava, o que eu vou contar para ela? (Grata).

O mesmo elemento foi trazido por Trajetória, a quarta entrevistada, que também comentou:

[...] primeiro eu fiquei pensando: Meu Deus, será que eu sou mesmo uma pessoa indicada para este tipo de investigação? Eu fiquei com essa dúvida e a gente sempre fica inseguro de não corresponder o que é a expectativa ou a necessidade da pesquisa, né? Eu fiquei com esse sentimento de preocupação mesmo, isso muito misturado com uma, um sentimento de alegria e de... ah sabe aquela coisa de achar "poxa, que legal, ser lembrada para esse tipo de proposta", então um misto mesmo de você se sentir responsável por uma informação que pode ser relevante para um processo investigativo, de busca e construção de um conhecimento. Ao mesmo tempo saber que a tua experiência pode ser relatada, pode servir para um processo tão bonito como você está propondo fazer. Então assim, alegria e orgulho de estar sendo lembrada e preocupada de corresponder àquilo que é preciso para o trabalho que você está desenvolvendo (Trajetória).

Este acontecimento descrito e as frases das entrevistadas-colaboradoras, remetem ao que às discussões em torno da sociedade do espetáculo debatida por Guy Debord. Segundo o autor, o espetáculo é “uma relação social entre pessoas, mediatizada por imagens” (Debord, 2003, p.14). No mundo contemporâneo de mídias sociais como Instagram, Youtube, Tik Tok e afins, o compartilhamento de histórias de vida tem se tornado explicitamente uma mercadoria, passível de ser monetizada. Contam-se seguidores, curtidas e acordos publicitários são fechados de forma a comercializar um estilo de vida. Livros biográficos são vendidos como exemplos de empreendedorismo e vidas de sucesso. Filmes e séries televisivas “baseados em fatos reais” são populares em plataformas digitais.

É reforçada a ideia de que a vida comum não rende grandes feitos, não há um lugar bonito ou uma atividade importante o suficiente, pois “o espetáculo apresenta-se como algo grandioso, positivo, indiscutível e inacessível. Sua única mensagem é: o que aparece é bom, o que é bom aparece” (Debord, 1967/2003, p.17). Se está sendo mostrado e divulgado tem sua qualidade deve, portanto, ser valorizado e replicado.

A questão é que, como aponta o autor, “toda a vida das sociedades nas quais reinam as condições modernas de produção se anuncia como uma imensa acumulação de espetáculos. Tudo o que era diretamente vivido se esvai na fumaça da representação” (Debord, 1967/2003, p.13).

Em outras palavras, há o empobrecimento da experiência em detrimento da hipervalorização da imagem.

Essa temática da representação nos alerta sobre como os meios midiáticos alteram ou até mesmo criam propositalmente o que devemos considerar como relevante. Em meio a esse turbilhão de produtos divulgados e histórias compartilhadas nos perguntamos: onde está o espaço da história de vida comum, aquela do dia-a-dia, que não rende um acúmulo financeiro, fama ou aplausos, mas que é real, que constrói trajetórias de vida, relações, trabalho diário, que simplesmente se dá e não busca ser maquiada para poder ser divulgada, em sua, aquela vida de todos nós? Estaríamos nos perdendo em meio ao espetáculo e nos esquecendo das nossas próprias histórias por considerarmos que não somos “compartilháveis” o suficiente?

Consideramos que é a partir deste questionamento que entra a importância da pesquisa científica, além do seu valor teórico-conceitual, incluir as histórias de vida, como um espaço de conto, de abertura, de relação, adentrando em um território do comum e descobrir que ali também existe um valor, um conhecimento a ser compartilhado.

Foi a posição tomada por Grata, conforme relatou sobre como foi seu processo de participar da entrevista. Aquele susto e preocupação do começo de não saber o que contar, por não considerar sua história de vida tão impressionante em relação às outras assistentes sociais renomadas, mas ir reconhecendo durante o percurso da sua fala a importância de sua história familiar e se apropriando de sua narrativa:

E eu pensava, o que eu vou contar para ela? [...] Eu tinha tudo, de uma forma muito simples, mas tinha essa garantia, mas porque ele [pai de Grata] tinha garantia. Ele tinha a garantia que o trabalho dava, por ele ter o trabalho formal, então a gente tinha muito mais, né, por conta disso. E os outros que não tinham, não tinham acesso a nada, estudava junto, se encontrava na escola, outros saíam da escola porque não conseguiam mais ir para a escola, eram nossos vizinhos, nossos amigos e eu fui "nossa, o que eu vou contar para ela, né? Parece que é uma vida... mas é aí que eu coloco que a universidade, a oportunidade que eu tive, que me ofereceram para poder estudar aí a universidade fez a total diferença. Minha família de imigrantes italianos, então dos netos do meu avô, de

trabalhadores de roça, né, mas era patriarcal, trabalhador braçal e minha mãe empregada doméstica dos 13 aos 18 anos [...] Falei nossa, o que eu vou contar para eles, mas é dessa família, nós somos 7, 8 netos e todos tiveram acesso à universidade. Os primeiros trabalhando de dia e estudando à noite, a gente já com outra oportunidade e então fez a diferença na vida de todos, todos nós. Aí eu fiquei preocupada, nossa, que história que eu vou contar? É a minha história (Grata).

Trajetória também conseguiu se desvencilhar da preocupação de atender à demanda da pesquisa, não se prendendo à uma concepção de importância, qualidade ou informações certas, como podemos perceber pela sua frase:

É gostoso reviver isso, estou antecipando minha aposentadoria já fazendo uma biografia aqui com você (Trajetória).

Observamos que um ponto importante que surgiu com esses relatos foi que histórias ditas comuns e cotidianas valem a pena serem contadas e compartilhadas. Elas produzem um efeito positivo tanto para aqueles que ouvem como para aqueles que se dispõem a sair da ideia de “espetáculo” para valorizar sua própria história. As falas indicadas demonstram a transformação que se deu no período das entrevistas, a partir da oportunidade de oferecer um espaço para se buscar conhecer novas histórias de vida.

Tempo para reflexões sobre a própria história de vida

Como apontamos anteriormente, essa abertura e disponibilidade que as entrevistadas tiveram para falar sobre sua história de vida de maneira abrangente não é uma tarefa mecânica. Falar sobre si é muito diferente do que falar sobre processos de trabalho, por exemplo. Isso porque a fala autobiográfica envolve um constante recordar-se e afetar-se. Como pontua Brandão (2007, p.84):

De uma certa maneira, contar a própria história é uma forma de reviver os eventos que se recorda e é também um re-experimentar os sentimentos e as emoções que lhes estão associados. Neste sentido, uma história de vida não constitui – não pode constituir – um relato objectivo e exaustivo dos eventos ocorridos na vida do

narrador, nem exterior a eles. Ela não é nunca um relato desinteressado, pelo contrário, é um relato dotado de uma afectividade particular justamente porque é através dele que o actor se reconta e se reafirma como entidade distinta das demais.

As outras participantes, apesar de não terem relatado uma inicial dificuldade de falar sobre si (como Grata e Trajetória) demonstraram que o momento da entrevista permitiu um espaço de reflexão sobre suas vivências. A colaboradora Comprometida usufruiu dessa possibilidade desde o início da entrevista, ao entrar em contato com a proposta da pesquisa. Ela relatou:

Bacana, vai ser até uma oportunidade para a gente se conhecer, as vezes tem questões que a gente nem tem tempo para parar e olhar a história, e ver o quanto isso pode ter influenciado (Comprometida).

O trecho acima desencadeou a segunda categoria de análise deste artigo. Onde está o tempo para olharmos e entrarmos em contato com as nossas próprias histórias? Habitamos um período em que a quantidade de atividades, trabalho e conquistas materiais nos tiram ou dificultam a autorreflexão. Se não conseguimos parar para olhar para a nossa história, como daremos valor a ela?

A partir do conceito de sociedade disciplinar, Byung-Chul Han (2017) aponta que vivemos a sociedade do cansaço pautada pela valorização e estimulação de desempenho e performance. Nesse início de século XXI, através da positividade (como o excesso de informações, estímulos, desempenho) são empreendidos corpos hiperativos crentes de que nada é impossível. Eles acatam e desejam tais finalidades voltando-se para uma maior produtividade. Essa liberdade paradoxal se transforma em violência, potencializando adoecimentos psíquicos.

A partir de análises da obra de Hannah Arendt e Nietzsche, Han (2017) propõe que, em nossa sociedade do cansaço, um dos elementos que se perdeu foi a vida contemplativa, aquela em que “[...] por meio da negatividade do parar interiormente, o sujeito de ação pode dimensionar todo o espaço da contingência que escapa a uma mera atividade” (Han, 2017, p. 53).

Para retomar essa possibilidade de contemplação seria necessária, nos tempos atuais, o que o autor define como “pedagogia do ver”. Ou seja, assim como aprendermos a ler, escrever, pensar e falar, deveríamos também aprender a ver. Isso “[...] significa “habituar o olho ao descanso, à paciência, ao deixar-aproximar-se-de-si””, isto é, capacitar o olho a uma atenção profunda e contemplativa, a um olhar demorado e lento” (Han, 2017, p.51).

Uma das entrevistadas contou sobre a alta demanda de atividades diárias e os efeitos que ela produz:

[...] ao longo de fazer várias coisas ao mesmo tempo, eu percebo por mim, vai perdendo essa qualidade, vai deixando a gente mais tensa, adoce isso, então eu acho que a gente tem que fazer uma coisa de cada vez, bem feita, focada, concentrada, e não ficar... eu ainda faço, né. Eu me pego fazendo várias coisas ao mesmo tempo, mas eu não acho que é bom, nem para mim e nem para o trabalho (Ativa).

Pudemos observar que mesmo de forma singela e curta, o momento da entrevista definiu um tempo de parada para olhar para si, o que possibilita recapitular acontecimentos que aproximam o sujeito da própria história de vida:

Mas acho tem algumas coisas que a gente... eu acho que a tua pesquisa é muito bacana porque a vida vai levando a gente para algumas coisas, então ver como uma coisa desencadeia a outra, né? (Trajetória).

Você foi falando e fui me lembrando de vários fatos [...] (Responsável).

Estou tentando pensar aqui. [...] hoje acho que assim... conversando com você agora... (Comprometida).

[...] eu fico pensando assim: eu não sei como aguentei. Se fosse hoje eu não teria energia (Ativa).

Então você também me surpreendeu, eu pensei uma coisa, vieram outras também. Então eu fui... você falou da experiência de vida lá na chamada, no convite, mas eu não sei se eu ia lembrar dos moradores, dos caras da estação de trem, sabe? Mas hoje você me fez lembrar deles também, sabe? E do olhar que eu tinha (Grata).

Foi possível perceber o processo de fala exercendo um papel importante de recordação e organização dos acontecimentos vivenciados pelas participantes. Como afirmam Pereira, Caldas e Francisco (2007, p. 479) “[...] a narrativa permite que o viver humano seja permanentemente colocado em evidência [...], isso acontece porque a narrativa abre a dimensão existencial do homem no mundo fenomenal, sua singularidade e suas escolhas”.

Podemos considerar que ter o tempo para se abrir às narrativas, possibilita que a pessoa desenvolva um outro foco. Saem as representações dos espetáculos e permanece a pausa e a reflexão acerca das experiências de vida que proporcionam novos sentidos a partir dos sentimentos experimentados pelas lembranças. Esta saída de uma espécie de “piloto-automático” para a entrada no singular que é carregado de múltiplas sensações, implica a existência de condições para uma (re)aproximação com a história relatada.

Escuta das histórias de vida a partir do relato autobiográfico

Nas seções anteriores pensamos sobre a valorização do compartilhamento de histórias de vida, e do tempo que se faz necessário para que aqueles que as vivenciaram consigam contemplá-las e transmiti-las. Nesta seção discorreremos sobre a possibilidade da escuta das histórias de vida a partir dos relatos autobiográficos.

Quando tratamos dessa questão é importante destacar que estamos, também, dizendo de relações de poder. Isto porque em épocas anteriores à gravadores de áudio e vídeo, as condições para se transmitir vivências ficavam majoritariamente a cargo da escrita prática que ainda atualmente é muito disseminado em meios acadêmicos. Andrade (2020, p.20) aponta que

[...] a história desconsiderou por muito tempo as histórias encontradas na oralidade, prática que imprime os valores culturais de um povo, que busca através da memória manter-se vivo contando suas histórias uns aos outros.

Nesse sentido, proporcionar espaço para histórias de vida múltiplas e para além dos “espetáculos” contribui para a ampliação da

diversidade e conseqüentemente a quebra de narrativas dominantes. Para isso, se faz pertinente um método que possibilite à pessoa que está sendo entrevistada se sentir confortável e livre para trazer suas memórias.

Enquanto pesquisadores, buscar alternativas à posição de detentores de descobridores de uma realidade e, portanto, detentores de uma verdade a se replicar resultados tornou-se uma questão importante para a própria pesquisa. Encontramos no método fenomenológico-empírico o embasamento para tal posicionamento de investigação e possibilidade de espaço para se ouvir histórias de vida a partir dos relatos autobiográficos.

Tal método busca identificar e discutir as vivências psicológicas a partir das experiências vividas, por meio de entrevistas (Giorgi; Sousa, 2010; Feijoo; Goto, 2016; Goto; Costa; Schievano, 2019). Esse caminho de pesquisa, tão complexo e cheio de possibilidades, se pauta no pensamento de Edmund Husserl que no início do século XX empenhou-se em desvencilhar a construção do conhecimento das ciências humanas dos pressupostos estabelecidos pelas ciências naturais.

Husserl entendeu que seria necessário olhar diretamente para o fenômeno que se busca compreender. Para isso desenvolveu a redução fenomenológica, que “[...] envolve a suspensão de juízo sobre a existência dos objetos do mundo e a atitude de passar a atenção dos objetos de nossa experiência para o modo como eles são experienciados” (Missaggia, 2017, p. 802). Dentro do foco de nosso trabalho, a adoção dessa perspectiva permite olhar para a narrativa em si, em primeiro lugar descrevê-la para ir captando o sentido da experiência, ciente de que durante todo esse processo o pesquisador está presente e, constantemente, colocando em suspensão seus julgamentos, teorias e hipóteses.

Tal postura não é uma tarefa trivial. De forma geral, somos ensinados a partir de uma concepção dualista (por exemplo, a partir dos binômios bom-mal, certo-errado e útil-inútil) que favorece pensamentos de conteúdo crítico que analisam e julgam constantemente os acontecimentos. Tendo em vista esta realidade, Moreira (2004, p.448) aponta que

[...] a maior característica da redução fenomenológica é que esta nunca é completa. Ou seja, a prática da redução fenomenológica

será sempre uma tentativa, nunca inteiramente realizada, exatamente pela mundaneidade intrínseca ao homem.

Esta incompletude não desqualifica o rigor do método. Pelo contrário, ela reafirma a presença singular de quem está pesquisando nas ciências humanas. A fenomenologia “[...] coloca em suspenso, para compreendê-las, as afirmações da atitude natural, mas é também uma filosofia para a qual o mundo já está sempre “ali”, antes da reflexão, como uma presença inalienável...” (Merleau-Ponty, 1994.p.01).

Diferente das seções anteriores nas quais partiu-se das falas das entrevistadas, como forma de buscar ilustrar um processo de escuta de relatos autobiográficos, terceira categoria de análise deste artigo, descrevemos como se deu essa etapa da redução fenomenológica, a partir da pesquisa de pesquisa. Para tanto, foi realizada a leitura das transcrições de áudios gravados após as entrevistas que remetem aos sentimentos e afetos produzidos no processo de realização das mesmas.

As transcrições exemplificam essa busca por realizar uma redução fenomenológica que poderia trazer mais elementos sobre como é experimentar este modo de pesquisa, para além dos aspectos teóricos. Os trechos selecionados se referem a três entrevistas:

[...] quando ela fala algumas coisas que eu considero interessantes é como que se o fluxo quebrasse, é como se eu tivesse... eu penso assim: “nossa, isso vai dar uma citação legal no texto, é isso que eu estou buscando”. E então eu tenho que parar por um momento e suspender isso, para então retornar, não sei se retornar ao fluxo, ou criar um novo fluxo né, das minhas vivências enquanto pesquisadora e eu percebo que quanto mais nessa onda, eu...eu imaginei uma palavra que é surfar, então eu surfei. É como se eu tivesse no mar e as palavras da entrevistada fossem o mar e eu estivesse pegando essa onda. [...] No final eu senti uma conexão muito gostosa entre nós, é como que essa conexão, essa parceria mesmo, que se desenvolve em tão pouco tempo, mas na disponibilidade de ter uma pessoa para contar e outra pessoa para ouvir aquela história de vida, como que cria caminhos, que levam também talvez para outras praias. Então foi uma... nossa, um momento muito gostoso, uma entrevista muito gostosa. (Pesquisadora).

Terceira entrevista, eu acredito que foi a que eu menos pensei até agora: “nossa, como é que eu vou usar isso?” até porque parece que foi muito natural para a entrevistada trazer a história dela, talvez também porque ela trouxe o que eu estava esperando que ela trouxesse, então esses conteúdos ficaram mais fáceis, foi difícil seguir o fluxo porque a internet não estava boa, então isso atrapalhou bastante, então conseguir entender, conseguir me fazer entender, mas... é, eu acredito que conforme vai passando as entrevistas vai ficando mais fácil, foi bem gostoso (Pesquisadora).

A questão da internet tem atrapalhado um pouquinho. Atrapalha a questão do surfar, atrapalha a questão do fluxo, porque me coloca numa energia muito grande, muito grande. E ao mesmo tempo que eu fico mais tranquila, parece que eu levo a prancha para um lugar mais específico, pensando cada vez mais os objetivos da pesquisa vão ficando claros, vai ficando mais certo. Parece que também vai cristalizando e dando vontade de inserir perguntas prontas de acordo com conteúdos que foram trazidos nas entrevistas anteriores. Então, de certa forma, também vai ficando cada vez mais difícil. [...] acho que o principal diferencial tem sido não ter uma hipótese, ter o objetivo, mas não ter a hipótese, porque permite que as pessoas fiquem bem à vontade, acho que isso tem sido bem interessante (Pesquisadora).

A metáfora do “surfar”, que apareceu logo na primeira entrevista, trouxe alguns pontos importantes para a reflexão. O primeiro elemento de destaque é a noção de movimento contínuo, de fluxo. O instrumento da pesquisa partia de uma única pergunta aberta: “Conte-me tão detalhadamente quanto possível como suas experiências de vida influenciaram suas escolhas, formação e atuação profissional”. Portanto, a entrevista, em sua proposição, não possuiu uma estrutura ou ordenação rígida, possibilitando que as colaboradoras se expressassem de forma mais livre possível e permitindo tempos e ritmos singulares em cada uma das conversas realizadas. Assim, produziu-se um movimento de falas e pausas que indicavam momentos constante de atenção para seguir e sem que houvesse uma preocupação em se perder em tantos possíveis conteúdos.

O segundo elemento desencadeado pela metáfora do “surfar” é o de saber esperar “por uma boa onda”. Um surfista não consegue criar uma

onda no mar, assim como não é possível ao pesquisador criar os conteúdos por si visto que se trata da história de cada entrevistada, além de seu desejo, disponibilidade e limites de trazer suas vivências. Nesse sentido, a prática de pesquisa aponta para a sensibilidade de dar atenção e identificar “essas boas ondas” (conteúdos trazidos pelas entrevistadas) de modo a escutá-las para a realização do trabalho de pesquisa.

A terceira percepção derivada da metáfora é a sensação de estar de frente para a imensidão do oceano, como se cada gota de água representasse uma parte da história de vida de cada colaboradora que seria impossível juntá-las em um recipiente, e observar sua completude. Através do vai-e-vem das ondas (e do discurso) se torna viável ver um pouco dessas histórias que vão sendo compartilhadas por cada pessoa.

É notável observar que para cada pessoa esse convite ao relato autobiográfico aparece de formas singulares e parece representar a forma como cada uma se relaciona com sua história de vida. Uma das entrevistadas respondeu à pergunta inicial dizendo:

Eu acho que não dá para separar, nós somos um todo e as experiências que vão dando a base, proporcionando as reflexões para a atuação na sua vida de maneira geral. Mas parar para pensar qual foi essa relação, nunca parei para pensar (Responsável).

Cabe destacar aqui a necessidade de ter respeito aos limites impostos pelo outro na relação estabelecida na entrevista. Por exemplo, mesmo sendo muito solícita e disponível para responder às perguntas, Responsável apresentou menor quantidade de conteúdos biográficos em sua fala não relatando histórias da infância ou da família.

Quando adentramos no campo das histórias pessoais, uma carga de sentimentos, emoções, sensações que nem sempre estão prontas para serem trazidas à tona ou nunca foram questionados. Essa questão esteve presente nos pensamentos pós-entrevista, como separado no trecho a seguir:

Hoje o processo foi diferente, eu não fiquei pensando tanto em qual a próxima pergunta fazer, eu tinha muitas perguntas a fazer, porém foi bem técnica, e o que me fez pensar foi a questão de como a pessoa embarca ou mergulha também na entrevista, eu

acredito que é um convite, eu acredito que a minha postura não foi muito diferente [da entrevista anterior], inclusive ela falou que gostou, que se sentiu confortável nesse estilo de pesquisa, porque não fica preso a pergunta, mas ao mesmo tempo foi uma entrevistada que ficou muito tempo na técnica de gestão do serviço, então foi difícil trazer a parte pessoal, a experiência de vida... (Pesquisadora).

A sensação do convite para o mergulho foi reforçada ao decorrer dos outros encontros com as outras colaboradoras, que embarcaram no processo rapidamente para (re)pensar seu histórico de vida, como Trajetória que, logo em seguida da pergunta inicial, disse:

Tá... bom eu vou ter que te contar um pouquinho lá da época que eu ainda nem tinha escolhido ser assistente social, porque eu tive um momento em que eu também não sabia qual caminho eu ia seguir ainda na escolha da profissão [se referindo a o que eu havia compartilhado sobre minha história de vida]. Eu venho de uma cidade pequena onde a gente tem formação na cidade só até o segundo grau... [prosseguiu contando sobre seu histórico de vida] (Trajetória).

Nesse momento, prosseguiu contando sobre suas vivências, eu como pesquisadora (e surfista) foi acompanhando seu relato e alguns minutos depois tivemos o seguinte diálogo:

Trajetória: Se você quiser me interromper eu não sei se é para eu falar assim [movimento com as mãos], é para eu ficar falando?

Pesquisadora: Pode falar, o que for importante para você trazer.

Trajetória: Tá, eu tô fazendo... lembrando um pouco da minha vida inteira. E aí eu entrei na prefeitura... [continuação da narrativa autobiográfica].

Ao decorrer da conversa foi possível perceber que o estranhamento de Trajetória sobre “ir falando” sem ser interrompida se deu pelo seu pensamento de corresponder às necessidades da pesquisa (como apontado na primeira seção) como também pela forma mais estruturada com que estava acostumada.

No início da entrevista, a colaboradora Ativa também mergulhou no convite de falar sobre si de forma espontânea, perguntei a ela:

Pesquisadora: Você consegue visualizar como suas experiências de vida influenciaram na sua formação, nas suas escolhas profissionais?

Ativa: Sim, eu acho... a minha mãe que fala que eu nasci para ser assistente social. E assim, depois com a graduação você vai fazendo uma relação teórica, histórica, política do meio que a gente vive, ou que eu vivi, com as coisas que eu pensava muito jovem... [continuação da narrativa autobiográfica].

Ela demonstrou além da disponibilidade de falar sobre si, uma organização dos conteúdos trazidos. Suas respostas para as perguntas que realizei foram diretas e ao mesmo carregadas de afeto. Como ela mesma indica, foi possível observar que sua facilidade para o relato autobiográfico estava relacionada com seu próprio processo de autoconhecimento que ultrapassa o momento da entrevista:

[...] eu sempre achei importante, um acesso a conhecimento de nós mesmos, um autoconhecimento que facilita tanto a vida, a gente economiza tanto tempo em vez de ficar quebrando a cabeça sozinha (Ativa).

Considera-se que este ponto costura e exemplifica as categorias de análise apresentadas acima, pois ao valorizarmos nossa própria história dedicamos tempo a olharmos para ela e, conseqüentemente ampliarmos o conhecimento que temos de nós mesmos.

Considerações Finais

A partir dos elementos abordados nesse artigo, consideramos que o espaço do relato autobiográfico na pesquisa científica ainda é um campo em construção. Nesse sentido, entendemos ser importante e componente da prática de pesquisa, criar métodos que possibilitam maior expressão dos entrevistados para que estes possam relatar suas vivências sem estarem presos a perguntas pré-estabelecidas que limitam a emergência de novos conteúdos e sentidos.

Assim, fica a cargo daqueles que ocupam o lugar de escuta (nesse caso, os pesquisadores), ampliar a ideia que possuem acerca da ciência, escapando de pressuposto que encaram a realidade como algo dado. Para além disso, considerando a entrevista enquanto um encontro, se faz necessário estarem disponíveis para o inesperado, incluindo a dimensão do afeto, de forma a construir um espaço apropriado para aqueles que contam sua história de vida.

A partir disso, mais do que um processo no qual o entrevistado é objeto de um procedimento técnico, o momento da pesquisa é um campo de abertura, de contemplação e parada para olhar e talvez ressignificar suas próprias vivências.

Por fim, consideramos que as relações entre as pessoas são parte fundamental e inerentes a vida humana e não precisam ser higienizadas ou excluídas do produzir científico, principalmente quando se está trabalhando nas Ciências Humanas. Desse modo, cada pequeno fragmento de fala configura-se como uma oportunidade de adentrar em um mundo outro, escapando do imperativo de velocidade e espetacularização da vida que atravessa o contexto contemporâneo.

Referências

- Andrade, Gláucia Cícera de Souza. (2020). A importância das narrativas individuais na construção da história coletiva: análise de uma experiência de composição cênica no ensino de teatro. (Trabalho de Conclusão de Curso/Graduação em Teatro). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Brandão, Ana Maria. (2007). Entre a vida vivida e a vida contada: A história de vida como material primário de investigação sociológica. *Configurações*, 3, 83-106.
- Debord, Guy. (1997). *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Feijoo, Ana Maria Lopes Calvo & Goto, Tommy Akira. (2016). É possível a Fenomenologia de Husserl como Método de Pesquisa em Psicologia? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-9
- Giorgi, Amedeo & Sousa, Daniel (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de Século Edições.

- Goto, Tommy Akira, Costa, Ileno Izídio & Schievano, Bruna Alves (2019). Vivências psicológicas de homens que buscam profissionais do sexo: Uma proposta de análise psicológico-fenomenológico. *Revista de Psicologia*, 10(1), 90-104.
- Han, Byung-Chul (2017). *Sociedade do Cansaço*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Manoel, Bianca Correa Lessa, Silva, Renato da & Oliveira, Rosane Cristina de (2017). Ciência, conhecimento e paradigma: uma reflexão sobre a produção científica na atualidade. *Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa*, 1(1), 177-191.
- Merleau-Ponty, Maurice (1994). *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Missaggia, Juliana. (2017). Sobre a originalidade de Edith Stein: o papel da distinção entre Körper (corpo físico) e Leib (corpo “vivo”) para a empatia e a constituição do eu. *Revista de Filosofia: Aurora*, 29(48), 799-818.
- Moreira, Virgínia. (2004). O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 447-456.
- Pereira, Lucyanna de Farias Fagundes, Caldas, Marcus Túlio Caldas & Francisco, Ana Lúcia. (2007). Da experiência da fala de sujeitos usuários na clínica psicológica às suas possíveis repercussões. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(3), 476-495.

Psicanálise e Clínica Ampliada: a construção do fato clínico psicanalítico como método de pesquisa

Francis Willian Bueno Lourenço

Da Psicanálise à Psicanálise Contemporânea

No final do século XIX, Freud juntamente com Breuer criam uma teoria pautada em três princípios basilares, a qual é denominada de Psicanálise. Para Freud (1923/2010, p. 274) “a Psicanálise é o nome: 1) de um procedimento para a investigação de processos psíquicos (...); 2) de um método de tratamento de distúrbios neuróticos (...); 3) de uma série de conhecimentos psicológicos adquiridos”. Portanto, a psicanálise pode ser compreendida como um procedimento para compreensão dos processos inconscientes do psiquismo humano (Cedaro, 2019).

Historicamente a psicanálise freudiana consolidou seu legado no campo da saúde mental principalmente através da esfera do atendimento clínico privado, o qual convencionou-se chamar de Análise. Freud (1914/2010) estabelece alguns critérios para descrever o que seria uma análise, como à assepsia (neutralidade absoluta) do analista, o uso do divã como instrumento, um número específico de sessões semanais (no mínimo quatro sessões) e a associação livre por parte do seu paciente (analisando).

Freud (1919/2010) reconhece que sua terapêutica se destina as camadas sociais mais abastadas, aquelas que tem condições de pagar por médicos particulares e escolherem os profissionais que sejam de sua preferência. Entretanto, num vislumbre de um futuro possível, o criador da Psicanálise prevê que sua forma de tratar o sofrimento psíquico adentraria nas esferas sociais mais vulneráveis e até mesmo dentro dos serviços socioassistenciais, deixando para os futuros psicanalistas a recomendação de que sua teoria continuasse sendo revisada e atualizada, porquanto, “haverá para nós a tarefa de adaptar nossa técnica às novas condições” (Freud, 1919/2010, p. 292).

O futuro previsto por Freud (1919/2010) para a psicanálise se concretizou. Atualmente, os psicólogos de base psicanalítica ingressaram nas Políticas Públicas através de Concurso Público, de Processo Seletivo Simplificado (PSS) e/ou prestador de serviços como pessoa jurídica ou física. Entretanto, ao adentrar nos espaços públicos de saúde e/ou de saúde coletiva, o psicanalista poderá passar por um dilema pertinente a prática analítica, ou seja, como adaptar os princípios do setting analítico tradicional (freudiana/lacanianana) à dinâmicas não tão delimitadas – como de uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para Cedaro (2019) o modelo freudiano clássico, por ser mais rígido, pode resultar na inviabilização do tratamento clínico dos pacientes assistidos dentro dos serviços públicos de saúde. Sobretudo, quando se trata de instituições que tem como usuários do serviço de saúde pública pessoas com transtornos graves e severos, como: Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), psicóticos, esquizofrênicos, entre outros. Além da psicanálise freudiana ter ressalvas sobre a possibilidade de atender essa população, o método desenvolvido por Freud tinha como foco principal a escuta analítica das histéricas e neuróticos.

É salutar que pensar a psicanálise nas esferas de saúde pública, não se reduz à aplicabilidade de uma “psicanálise sem divã” (Cedaro, 2019, p. 100), mesmo que, de fato, a inexistência desta ferramenta componha a inviabilidade da execução do modelo clássico. Entretanto, o desafio é mais arguto que a ausência de um móvel no ambulatório da UBS. Tomando esta repartição do Sistema único de Saúde (SUS) como exemplo, outro problema na qual a psicanálise clássica resvala, é o número de sessões semanais, que geralmente ocorrem uma vez na semana e/ou a cada duas semanas, se não mais, e por último, não há investimento (pagamento), o que para Freud (1912/2010) poderia resultar, no não comprometimento por parte do analisando.

Minerbo (2019) destaca, que ao deixar de fora as estruturas mentais ditas não neuróticas, Freud nos convoca a dar continuidade à prospecção da clínica psicanalítica, não apenas nos aspectos clínicos, mas também, na concepção, delineamento e descrição das estruturas psíquicas que estariam fora do escopo da neurose. Portanto, foi necessário que outros autores assumissem o desafio de desenvolver uma teoria e um manejo clínico para estes sujeitos excluídos pelo crivo de analisabilidade freudiana.

Outra problemática que emerge dessa empreitada, encontra-se nas miríades do vocabulário psicanalítico, suas variações e terminologias, sem mencionar os jargões que em alguns casos configuram-se em um dialeto próprio, uma vez que, para Mezan (2019, p. 21) “os psicanalistas não falam a mesma língua!” Portanto, estabelecer uma linguagem comum entre as diversas correntes da psicanálise pode ser considerada uma tarefa hercúlia.

Contudo a hetero-diversidade dos conceitos e da terminologia psicanalítica possibilita um único caso clínico ser analisado e/ou estudado sob muitas óticas, abrindo a possibilidade de críticas e contestações entre as matrizes epistemológicas, ou seja, as conhecidas teorias pulsionais e de relações de objeto. Inclusive, fomentou, o surgimento de uma terceira via, conhecida como transmatricial. Esta última, conjura as duas matrizes, tendo como seus precursores alguns nomes da Psicanálise Contemporânea, como: Thomas Ogden, Christopher Bollas e André Green (Cesar, 2019).

Com essa breve história da psicanálise, apresentada de forma bem resumida, já que, exibir o processo histórico da psicanálise demandaria um livro, o que não é o escopo deste texto, outrossim, visa-se a preposição de que é possível praticar uma psicoterapia de base analítica na esfera da saúde pública. Contudo, a aplicabilidade analítica faz emergir novos arranjos, que transitam pela psicanálise dita contemporânea (Cedaro, 2019).

Green (2017) defende que para se aplicar a psicanálise na contemporaneidade e em determinados contextos de trabalho, em específico os serviços assistenciais, é necessário que o analista esteja ciente de algumas mudanças e transformações ocorridas tanto na cultura, quanto no dinamismo do psiquismo de seus pacientes. O autor, ressalta que aquele que deseja praticar a psicanálise em uma instituição, ambiente que não é abarcado pelos moldes tradicionais da psicanálise, recomenda-se que o analista desenvolva as seguintes habilidades: 1) adaptação ao mundo atual; 2) foco na subjetividade e vínculo; 3) integração teórica científica; 4) pluralidade teórica; 5) ampliação do campo de atuação; 6) flexibilização da técnica; e, por último, 7) ênfase na atualização contínua.

Tomando como modelo as habilidades citadas acima, poder-se-ia dizer que a psicanálise aplicada no âmbito de uma clínica ampliada, não se trata apenas de uma psicanálise sem divã, como também, em alguns casos, de um analista sem poltrona. Esses deslocamentos do contemporâneo

atravessam a psicanálise e o analista de forma visceral, gerando desconforto e a sensação de impotência frente a complexidade institucional e dos casos que se apresentam nos ambulatórios e consultórios do SUS (Mezan, 1996).

Clínica Ampliada ou Ampliação da Psicanálise

Segundo o Ministério da Saúde (2009, p.10):

A Clínica Ampliada é uma abordagem proposta pelo SUS que busca atender a singularidade do paciente, considerando aspectos sociais, emocionais e individuais. Ela integra diferentes enfoques e disciplinas para promover um cuidado mais holístico e participativo, visando a autonomia do usuário e a construção de projetos terapêuticos singulares. A proposta visa aumentar a responsabilidade compartilhada entre os profissionais de saúde e os usuários, reconhecendo que cada caso é único e requer uma abordagem adaptada às necessidades específicas do paciente.

No tocante aos serviços de Saúde Pública, a nosologia médica-psiquiátrica sempre exerceu influência augusta em relação as outras especialidades, como: serviço social, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia e até mesmo a psicologia se vê muitas vezes refém do glossário médico em relação a descrição da psicopatologia. Sobretudo, em culturas e/ou instituições que possuem um viés maio biologizante das doenças (Canguilhem, 2014).

Para Canguilhem (2014) a concepção de doença não pode ser articulada juntamente com os processos de normatização, fazendo da doença um problema moral em vez de concebê-la como uma disfunção, uma desregulação homeostática do biológico ou do psiquismo. Outrossim, quando se adota critérios morais normativos, corre-se o risco de fazer ressurgir o obscurantismo e o reducionismo do período medieval para o campo da ciência, em particular ao campo da saúde pública.

Conforme Lanthenas em seu tratado intitulado “*De l’influence de la liberté sur la santé*” destaca que “a primeira tarefa do médico é, portanto, política: a luta contra a doença deve começar por uma guerra contra os maus governos; o homem só será total e definitivamente curado se for primeiramente liberto” (1792 apud. Foucault, 2018, p. 36). Foucault (2018)

resgata que a principal atividade médica deve ser inclinare, ou seja, que a atividade clínica seja realizada através da postura de se inclinar para ouvir as queixas dos pacientes, pois o exercício da clínica médica é constituído pela compreensão do doente, logo, por meio do “conhecimento do homem natural e social” (p. 38).

Diante da atual conjuntura e o excesso de diagnósticos produzidos por manuais médicos como CID e DSM, a massificação dos sintomas, assim como dos comportamentos, passam a constituir os critérios de parametrização da doença. Esta homogeneização do sofrimento psíquico, contribuí cada vez mais para uma nosológica pautada no mais valia, logo, o critério de doença e saúde fica encarrilhado nos trilhos do capitalismo pós-revolução industrial, que define que o sujeito saudável é aquele que produz, enquanto o doente é o improdutivo (Foucault, 2010).

É justamente neste cenário que se faz cogente, a emergência de uma escuta singularizada, que leve em consideração os fatores subjetivos, resgatando uma dimensão sociocultural do indivíduo. Sobretudo, no que tange a saúde mental, as vicissitudes da vida contemporânea carregam em seu bojo inúmeras complexidades e precariedades. Diante do cenário atual, é possível sublinhar a máxima de que na mesma proporção que avançamos em ciência e tecnologia no campo da saúde, também, declinamos no ponto de vista da saúde mental – ainda não se inventou um remédio que possa curar a angústia (Heidegger, 2021).

Não obstante, é possível observar políticas públicas que visam estabelecer práticas de trabalho para todo o corpo técnico e trabalhadores da saúde pública de modo geral, que tenha como premissa a prestação de um serviço “humanizado”. Embora, pareça redundante a incumbência do termo humanizador, contudo em seu livro ontológico “ser e tempo” Heidegger (2021) defende que o excesso de tecnologia faria do Homem um ser menos humanizado, logo, menos sensível a sua condição existencial.

Tentando minimizar os prejuízos desta automatização, os gestores públicos lançam campanhas e produzem documentos com a finalidade de capacitar os operadores da saúde pública a agirem de forma mais ética e sensível a dor e o sofrimento psíquico.

De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese de determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso. Todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas, como a baixa adesão a tratamentos, as iatrogenias (danos), os pacientes refratários (ou “poliqueixosos”) e a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença (Brasil, 2009, p. 11).

As transformações geradas no bojo da Saúde Pública, desencadearam a necessidade de ampliação da psicanálise para além do *setting* tradicional. Tomando as considerações acima, a respeito de uma dimensão integral dos pacientes, ou, usuários como as vezes são chamados aqueles que necessitam dos serviços assistenciais do SUS, culminaram para o surgimento de uma Psicanálise que se aplica e se configura à esta nova dinâmica, dando origem ao que se sancionou chamar de Psicanálise e Clínica Ampliada (Winograd; Vilhena, 2014).

O transbordamento da vida privada para o âmbito social contribuiu significativamente para as mudanças no processo de subjetivação dos indivíduos. De forma, que o modelo nuclear da família burguesa, que consolidou a teoria edípica de Freud passou a ser um elemento entre vários geradores de angústia e sofrimento psíquico. Outros aspectos, como a dimensão econômica, instabilidade social, questões de gênero, perspectiva de vida, entre outros fatores de adoecimento psíquico, compunham o discurso de dor emocional dos pacientes na esfera pública (Winograd; Vilhena, 2014).

Winograd e Vilhena (2014) destacam que, frente a esses novos desafios que a clínica ampliada impõe ao psicanalista que atua na saúde pública, surge a necessidade de ampliação da escuta analítica. Fazendo uma analogia, o psicanalista não deve apenas dar ouvidos ao Édipo, pulsão de vida e de morte, a sexualidade, repressão e defesas, mas também, as dificuldades que o paciente tem em se inserir no mercado de trabalho, o desejo de fazer uma faculdade, o desemprego e até mesmo o fato do paciente chegar com fome para a sessão, pois não tinha nada para comer em casa. Em alguns casos, uma intervenção possível, se restringe a arrumar

algumas bolachas com café na cozinha da UBS para que ele possa se alimentar. Freud (1919/2010) faz alusão à este tipo de intervenção, usando o exemplo do imperador José, se referindo que as vezes antes de curar o doente, é necessário conceder o pão, já que é impossível tratar alguém de estômago vazio.

Levando em consideração essas nuances explicitadas em relação a psicanálise e clínica ampliada, Pinheiro (2019) defende que a psicanálise de Donald Winnicott se mostra ser um dos modelos psicanalíticos que vão de encontro as demandas que surgem na esfera do SUS e que no tocante a dimensão teórico-prático estaria em consonância com a psicanálise contemporânea.

Segundo Pinheiro (2019) a psicanálise winnicottiana vai de encontro à configuração emanada pela clínica ampliada, já que Winnicott praticou sua psicanálise em instituições socioassistenciais. Além do contexto institucional, os casos atendidos pelo autor remetem as estruturas ditas não neuróticas (Minerbo, 2019).

O pioneirismo de Winnicott se dá não apenas por fatores sócio-históricos e de todas as transformações que estavam ocorrendo em sua época, mas também, pela premissa fundamental da psicanálise fundada por Freud, o qual também recomendou que continuasse sendo revisada e ampliada, afora todo esses acontecimentos, Winnicott resgata a dimensão vincular, ou melhor, da relação entre analista e paciente já discutida e abordada por Ferenczi, vinda a cunhar o conceito de ambiente facilitador (Pinheiro, 2019).

O ambiente facilitador como forma de intervenção nos serviços públicos de saúde

Do ponto de vista de Winnicott (2021) a condição de saúde está relacionada à possibilidade do sujeito poder produzir sentido através da capacidade de criar e “brincar” com ideia de criar mundos possíveis. Embora, a realidade seja estabelecida na relação com o outro, ou seja, é sempre intersubjetiva. Contudo, é no processo de singularização que as vias de fuga contra a massificação dos comportamentos vão sendo consolidadas.

Neste sentido, a proposta de Winnicott (2021) apresenta-se como uma alternativa eficaz contra os modos de subjetivação que são

produzidos à partir da patologização, como destacada por Canguilhem (2014). Já que é comum, durante um atendimento clínico o paciente se apresentar como o sujeito bipolar, esquizofrênico, borderline, psicótico, autista, entre outros. O que se defendo, não é a exclusão e apagamento de uma avaliação diagnóstica, entretanto, o que está em jogo, é o que se tem ou o que se é para além de uma codificação nosológica.

Enquanto ambiente facilitador, o psicólogo que trabalha na perspectiva Winnicottiana irá promover meios do paciente alcançar a dependência parcial e caminhar rumo à independência (Winnicott, 2022). Usando de uma estratégia de handling e holding o psicoterapeuta estabelecer bases de solidificação do ego para o paciente e promover uma integração entre mente e soma – ou seja, promovendo a saúde integral do usuário do serviço.

Diferentemente da psicanálise freudiana, que tem como premissa a quantidade irrestrita de sessões e o divã como aparelho clínico, o psicanalista winnicottiano faz uso da sua capacidade interpretativa, promovendo a compreensão por parte do paciente no tocante as relações de objeto que o mesmo estabelece com o mundo – como projetar funções paternas e maternas em variadas pessoas do seu convívio social. Esse tipo de dinâmica acaba, por gerar uma relação de dependência e co-dependência por parte dos pacientes, familiares e meio social, acabando por resultar em prejuízos para ambas as partes, sobretudo por causar uma oneração afetiva e física por conta da dependência absoluta de alguns pacientes no tocante aos seus familiares (Pinheiro, 2019).

Segundo Pinheiro (2019) o ambiente facilitador convoca o analista a se apresentar de forma viva e ativa diante do seu paciente. Portanto, a assepsia freudiana não se sustenta perante a relação da díade analítica na conjuntura de uma clínica ampliada, em outras palavras, usando de uma analogia - às vezes o analista precisa sujar as mãos, ou, se preferir, é necessário levantar-se de sua cadeira/poltrona e ir ao encontro de seu paciente. Inclusive, no glossário do SUS, esse movimento é chamado de busca-ativa (visitar e/ou atender o paciente em domicílio).

Pinheiro (2019) destaca outra qualidade do analista que atua na esfera da clínica ampliada, denominando-o de analista suficientemente bom. O que caracteriza esse tipo de analista, é a realização do Holding, Handling, mas, também a capacidade de se permitir falhar – possibilitar o processo de amadurecimento do paciente. Em outras palavras, promover

um ambiente facilitador para o paciente sair de uma dependência absoluta, para uma independência parcial. Não se trata apenas de interpretar simbolicamente os fenômenos vividos pelo paciente, ele deve aprender a agir de forma concreta perante a realidade da vida.

Outro aspecto relevante em relação a paciente na atualidade é o caráter primitivo do conteúdo traumático. Por primitivo, considera-se o estado pré-linguístico da criança. Logo, a origem do trauma ocorre em um período em que a linguagem não se fazia presente, resultando numa dinâmica do psicossoma (Winnicott, 2024).

Este tipo de adoecimento, que em alguns casos se manifesta através do corpo denomina-se psicossomático. Nestes casos, Winnicott (1955/2021) se pauta na relação da transferência e contratransferência entre analista e paciente, contudo, o uso destes recursos da teoria psicanalítica é aplicado de forma diferente quando comparados a psicanálise tradicional. Em específico a contratransferência, que é concebida como uma forma de enunciação do fenômeno inconsciente do paciente vivido na mente do analista.

Seguindo o mesmo raciocínio de Winnicott, Ogden (2017) destaca a necessidade de o analista emprestar sua mente para que o paciente possa interpretar, ou seja, compreender a inscrição traumática em seu psiquismo. Desta forma, opera-se uma relação intrapsíquica e intersubjetiva entre analista e paciente, se outrora, os elementos que emergiam da contratransferência do analista eram tomados como uma falha, a nível de um pecado capital para Freud, na conjuntura atual, torna-se matéria-prima basal do tratamento psicanalítica com os casos não neuróticos ou difíceis, como as vezes são chamados (Cesar, 2019).

Minerbo (2020) destaca a importância desta consignação da mente do analista para o paciente, de forma, que o primeiro estabelece uma ponte para que o segundo possa transitar de um ponto a outro. A metáfora da ponte aqui é pertinente, pois, ressalta a possibilidade de levar ou apresentar ao paciente uma outra realidade, um novo mundo, um outro lugar que ele possa ocupar na travessia de sua vida. Mesmo não sabendo com precisão, onde irá desembocar esse cruzamento.

Pesquisa em Psicanálise: desafios e possibilidades

Desde seu surgimento no final do século XIX, a psicanálise sempre enfrentou desafios frente a comunidade científica. Desde seu “projeto para uma psicologia científica” Freud (1895/2025) se deparou com o repto de tentar estabelecer a psicanálise como uma ciência. Não obstante, a seara acadêmica desde seu primórdio se mostrou reticente à proposta psicanalítica, recusa das propostas teóricas em relação ao desenvolvimento psicosssexual na infância, a metapsicologia, o uso de ficções heurísticas como formas de explicitar fenômenos psíquicos, sempre foram motivos de rechaço por parte do universo acadêmico e científico (Fulgencio, 2018).

Com as bases estruturais lançadas pelo iluminismo, os séculos XIX e XX foram marcados pela emergência do mundo moderno, caracterizado pela cientificidade e avanço tecnológico. Kant (2020) em sua “crítica da razão pura” cunha preceitos sobre os desafios de se estabelecer uma articulação entre os dados concretos dos objetos do mundo externo e a razão, ou seja, os processos mentais constituídos a partir da razão “pura”. Há quem diga que Kant falhou, entretanto, instituiu a problematização que também atravessa a própria psicanálise – no tocante a existência de um mundo (in)racional, ou, mundo interno, se referindo àquilo que escapa a razão.

Dando prosseguimento a esta esteira de pensamento, Popper (2019) ressalta suas críticas a psicanálise e afirma categoricamente que esta não pode ser tomada como uma teoria científica, já que não segue as regras de falseabilidade e comensurabilidade. Para o autor, a cientificidade é uma questão de métrica e diretrizes padronizadas (protocolos), visando a consolidação de seu positivismo radical, o qual está em conluio com os resultados baseados em evidências – mas, a pergunta é: evidência de quem e para quem?

Entretanto, o argumento acima não possuiu unanimidade. Kuhn (2020) em a estrutura das revoluções científicas destaca que toda teoria científica parte de uma experiência de ruptura e do seu paradigma de pesquisa. Destarte, a psicanálise compre com estes requisitos, fazendo desta uma teoria científica com uma problematização própria e peculiar – ou seja, o inconsciente; e, promovendo uma ruptura com o modelo de pensamento corrente de sua época.

Fulgencio et al. (2018) elenca a complexidade de se instituir a pesquisa psicanalítica ao estatuto de ciência, já que, afinal de contas, de que ciência está se falando? Ou, em nome de quem? O modelo positivista corresponde a uma lógica capitalista e de consumo, sobretudo por priorizar a praticidade e a temporalidade, no sentido da objetificação do tempo e espaço. Mas, para não se deter a esta crítica social da incorporação capitalista da ciência e se dedicar a problematização *sine qua non* da psicanálise, que nada mais é, que uma questão de modelo metodológico aplicado a realização de pesquisas na Universidade.

Em as modalidades de pesquisa em psicanálise Fulgencio et al. (2018) defende que a psicanálise pode se apropriar de métodos ditos quantitativos para o desenvolvimento de pesquisa, assim como, utilizar de métodos próprios para o desenvolvimento da ciência. Embora, o interesse de outros campos do saber pela psicanálise vem crescendo exponencialmente, ainda, o campo primordial de pesquisa em psicanálise se origina da clínica e a materialização da clínica, se dá através do relato clínico ou relatório da sessão, em outras palavras, a clínica da palavra escrita.

Para Giovannetti (2018) o relato de sessão na clínica psicanalítica é um recurso vital para a realização da análise, tanto para o analista como para o paciente. Trata-se de uma escrita viva e potente, capaz de promover transformações no *setting* e na relação da dupla analítica, geradora de um terceiro analítico, logo, a evidência de transformações psíquicas e comportamentais de seus atores. Para o autor, o papel do analista no que tange a testemunhar de forma atenta aos indícios do inconsciente e acolher de forma hospitaleira, não julgando ou recriminando aquilo que o paciente confia ao analista, são as ferramentas obrigatórias para a realização da pesquisa psicanalítica.

Este fenômeno dialógico entre analista e paciente promove o surgimento de fatos clínicos, que só podem ser verificados pelo embate estabelecido pela *diáde*. Como se configura os fatos clínicos, a maneira como o analista trabalha com estes dados e a utilização deste recurso como método de pesquisa será apresentado a seguir.

A construção dos fatos clínicos psicanalíticos: onde a Clínica e a Universidade se cruzam

Quinodoz (1994) destaca a diferença entre: fatos, fatos clínicos e fatos clínicos psicanalíticos. Para o autor, o termo “fato” vem da palavra francesa *fait*, fazendo alusão sobre um dado acontecimento. Já o fato clínico, “tem uma origem médica e denota um fenômeno observado por um médico em um paciente (...) – do leito do paciente” (Quinodoz, 1994, p. 614).

Os fatos clínicos psicanalíticos são constituídos a partir da relação transferencial analista-paciente. Conforme a reincidência dos fatos clínicos ocorre e são apontados pelo analista como algo que se repete no *setting* viabiliza-se a possibilidade de intervenção, seguidos de interpretação e elaboração por parte do paciente, caso seja validado pelo analisando a relação entre trauma e a psicodinâmica concebida por ele (Quinodoz, 1994).

Outra característica do fato clínico psicanalítico deriva do *setting*, da relação psicoterapeuta-paciente, e encontra-se situado na dinâmica da transferência e contratransferência (Quinodoz, 1994). Para Minerbo (2020), a transferência e contratransferência são fenômenos relevantes para a constituição do fato clínico psicanalítico, tendo em vista que todo acontecimento psicanalítico repousa sobre estes conceitos. Para a autora, o material produzido pela supervisão clínica também se configura como um produto analítico fundamental, sendo considerado um fato clínico psicanalítico.

Volmer Filho (1994) considera a construção do fato clínico psicanalítico um método eficiente para a produção científica ao pensar nas modalidades de pesquisa em psicanálise na conjuntura atual. Primeiramente pelo fator ético em pesquisa, de sigilo e preservação a integridade do paciente, principalmente em tempos de informação digital a respeito das pessoas, a não necessidade de transmitir integralmente dados pessoais do paciente, a participação de outros pesquisadores psicanalistas na contribuição da discussão e validação dos dados, assim como, as variadas formas de análise dos fatos clínicos por conta da heterogeneidade da psicanálise dos seus respectivos pesquisadores (Dallazen et al. 2012).

Contudo, a construção dos fatos clínicos psicanalíticos quando utilizados no contexto acadêmico, no tocante a produção científica o

método demanda uma constituição peculiar tendo como critérios a formação do psicanalista pesquisador, o contexto em que a pesquisa será realizada, a relação entre os pares - outros pesquisadores que irão contribuir no processo de validação dos dados, os fatos clínicos coletados dos relatos de sessão, entre outros (Lourenço & Reis, 2024).

Tomando como relato de experiência a pesquisa desenvolvida por Lourenço e Reis (2024), os pesquisadores estabeleceram o seguinte protocolo: 1) o próprio pesquisador selecionaria os fatos clínicos encontrados e que fossem pertinentes ao problema de pesquisa; 2) os membros pesquisadores auxiliares receberiam o mesmo relato de sessão - sem que soubessem dos fatos clínicos selecionados pelo pesquisador principal; 3) Os fatos clínicos selecionados consensualmente sem o conhecimento entre os pesquisadores seriam listados em uma planilha para possível análise e discussão; 4) o grupo de pesquisa se reuniria para discutir todos os fatos clínicos selecionados; 5) os fatos clínicos que fossem selecionados por um ou mais pesquisadores, mas que não havia consenso inicial, deveriam ser apresentados e argumentados com a lógica teórico-clínico utilizado pelo pesquisador durante a seleção; e, 7) caso, os demais pesquisadores estivessem convencidos da argumentação, o fato clínico seria incluído para análise e se construiria uma fato clínico psicanalítico do mesmo.

Durante esse processo, se constatou a problemática apresentada inicialmente, em relação a linguagem teórico-semântica aplicada por cada psicanalista, que embora, sigam a mesma corrente teórica e partam da mesma experiência clínica, há a possibilidade de cada analista ter uma percepção diferente do mesmo caso. Contudo, essa característica da pesquisa em psicanálise torna a produção científica ainda mais enriquecedora, tendo em vista, que outros pesquisadores têm a oportunidade de participar simultaneamente na produção do conhecimento e na validação dos dados, conforme evidenciado na pesquisa supracitada (Lourenço & Reis, 2024).

Corroborando com a tese (Quinodoz, 1994; Volmer Filho, 1994; Minerbo, 2020) Lourenço e Reis (2024) puderam identificar os fatos clínicos como um instrumento pertinente na produção acadêmica e um método eficiente no contexto da clínica ampliada e psicanálise, munindo-se de estratégias que dialogam com os critérios de cientificidade e éticos no cenário clínico atual, sem deixar de lado a singularidade de cada caso, analisando-os a luz da teoria psicanalítica.

Considerações finais

Logo embora, a psicanálise sempre tenha resistido as críticas acirradas destinadas a ela, no que se refere ao rigor metodológico, verificação dos dados e aplicabilidade, muitos pesquisadores veem se mostrando sensíveis as demandas do universo científico, não apenas com o habitual instinto de proteção, ou seja, se protegendo e atacando de volta quando recebem apreciações em relação as suas pesquisas. Mas, também se colocando a pensar em novas e melhores formas de produzirem conhecimento e ciência no que se refere a psicanálise (Fulgencio et al. 2018).

Seguindo o modelo de Kuhn (2020) a produção de conhecimento ocorre através deste embate entre revolução e subversão dos modelos vigentes e catedráticos da ciência. Neste sentido, a psicanálise ocupa um protagonismo, pois, sempre se colocou no lugar de pensar o não dito, o não anunciado, logo, aquilo que é produto do inconsciente. Em matéria de ciência, essa característica é inerente a psicanálise e ao analista pesquisador, sobretudo na contemporaneidade, momento histórico em que se nomeia todo tipo de sofrimento, e manipula-se as propriedades químicas na tentativa de gerar felicidade. Mesmo com todo esse aparato farmacológico e estratégias de modulares de intervenção, a humanidade insiste e falar sobre seu mal-estar na cultura – é nesta fenda, brecha, buraco, falha da palavra, em quem o analista pesquisador entra.

Ou melhor, nesses tropeços da palavra narrada e escrita, lugar do vazio, que em vez de preencher (*per via di porre*), o analista escuta (*per via di levare*) e testemunha junto ao seu paciente a possibilidade de ressignificar algumas de suas experiências traumáticas. É desta mesma fenda que emerge a possibilidade de produzir conhecimento e realizar pesquisa em psicanálise, é desses furos da ciência que o analista pesquisador cria e/ou constrói seus fatos clínicos psicanalíticos – não seria isso uma psicanálise baseada em evidência, ou seja, baseada no testemunho e hospitalidade fidedignos ao seu paciente (Giovannetti, 2018).

Por último, desejar-se-ia que a leitura desta obra, servisse de estímulo para os jovens pesquisadores, a se aventurarem na produção de pesquisas em psicanálise. Não há de ignorar os desafios que esta empreitada impõe aos analistas pesquisadores. Contudo o enriquecimento pessoal e coletivo, quando os resultados da pesquisa são apresentados para

a comunidade, seja no âmbito social ou acadêmico produz uma composição potente entre teoria e prática, gerando a visibilidade da experiência subjetiva da clínica que é cheia de alegrias e tristezas, tanto por parte do analista quanto de seu paciente. Mas, também é uma forma de aliviar o pesado fardo de escutar a dor do outro, fazendo ressoar as próprias dores daquele que escuta, mas que também pode falar dessa angústia, para além de sua própria análise.

Referências

- Brasil. (2009). Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde.
- Canguilhem, G. (2014) O normal e o patológico. (M. T. R. C. Barrocas, Trad.) Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1966).
- Cedaro, F. F. C. (2019). O povo do nevoeiro: psicanálise dos casos difíceis. Ed. Blucher. São Paulo.
- Dallazen, L., Giacobone, R. V., Macedo, M. M. K., & Kupermann, D. (2012). Sobre a ética em pesquisa na psicanálise. *Psico*, 43(1), 47–54. Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11098>
- Foucault, M. (2011). Os anormais. (T. Brandão, Trad.) Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1974-1975).
- Foucault, M. (2018). O nascimento da clínica. tradução de Roberto Machado –7 ed –Forense Universitária.
- Freud, S. (2010). A dinâmica da transferência (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (2010). Caminhos da terapia psicanalítica (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919).

- Fulgencio, L., Birman, J., Kupermann, D., Cunha, E. L. (2018). Modalidades de Pesquisa em Psicanálise: métodos e objetivos. São Paulo: Zagodoni.
- Fulgencio, L (Org.). (2018). A bruxa metapsicologia e seus destinos. Ed. Blucher. São Paulo.
- Giovannetti, M. F. (2018). Clínica psicanalítica: testemunho e hospitalidade. Ed. Blucher. São Paulo.
- Green, A. (2017). A loucura privada: psicanálise de casos-limite. Ed. Escuta: São Paulo.
- Heidegger, M. (1989). Ser e tempo. Petrópolis: Vozes, v. I e II.
- Kant, I. (2020). Crítica da razão pura. Edipro.
- Kuhn, T. S. (2020). A estrutura das revoluções científicas. Editora Perspectiva SA.
- Lourenço, F. W. B., Reis, M. E. B. T. (2024). Estudo psicanalítico sobre autolesão em adolescentes: marcas da dor. Ed. Juruá: Curitiba/PR.
- Mezan, R. (1996, Novembro). Psicanálise e psicoterapias. In Psicoterapia em questão, Mesa Redonda [Palestra]. VIII Plenário do Conselho Federal de Psicologia, São Paulo, Brasil.
- Mezan, R. (2019). O tronco e os ramos: estudos de história da psicanálise. Ed. Blucher. São Paulo.
- Minerbo, M. (2019). Neurose e não neurose. Ed. Blucher: São Paulo.
- Ogden, T. (2017). A matriz da mente: relações objetais e o diálogo psicanalítico. Ed. Blucher. São Paulo.
- Pinheiro, N. N. B. (2019) O que pode a psicanálise perante o indizível? In. M. Winograd & M. V. F. Cremasco (Orgs.), O que pode a psicanálise. Ed. Blucher. São Paulo.
- Popper, K. (2019). Conjeturas e refutações. Leya.
- Winnicott, D. W. (2024). Pssicosoma e mente. (A. Cabral, Trad.). São Paulo, SP: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958).

- Winnicott, D. W. (2021). Agressividade, culpa e reparação. (D. Bogomoletz, Trans.). São Paulo, SP: UBU Editora. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (2021). Tipos de psicoterapias. (P. C. Sandler, Trans.). São Paulo, SP: UBU Editora. (Trabalho original publicado em 1961).
- Winnicott, D. W. (2022). O conceito de falso self. (P. C. Sandler, Trans.). São Paulo, SP: UBU Editora. (Trabalho original publicado em 1964).
- Winograd, M., Cremasco, M. V. F. (2019) O que pode a psicanálise. Ed. Blucher. São Paulo.
- Winograd. M., Vilhena, J. de. (2014). Psicanálise e clínica ampliada: multiversos. Ed. Appris: Curitiba/PR.

Ninguém Escapa da Educação: A Repercussão do Projeto Colonial-Capitalista e a Potência das Educações Insurgentes

Eneida Silveira Santiago

Alexandre Bonetti Lima

Fabio Cardoso Lopes

Afluências iniciais

Para fundamentar este capítulo teórico, é imprescindível partir de um questionamento preliminar: de que educação estamos falando?

Referimos à educação que prepara e molda o sujeito para ingressar nas fileiras do mundo predatório do trabalho, enfatizando o individualismo, a competitividade, a meritocracia e a exploração da natureza, equivocadamente percebida como um recurso externo. Trata-se de uma educação imersa na lógica capitalista de expropriação, produtividade, lucratividade e perpetuação de desigualdades abissais. Uma educação que valoriza a posse material, o sucesso, a fama e o status, transformando o outro em mero objeto de consumo e satisfação fetichista.

Tal educação contribui, cada vez mais, para o afastamento e distanciamento de seu público, criando ilhas de exclusão e favorecendo seu esvaziamento, sucateamento e abandono pelo poder público. É uma educação que produz um trabalho amalgamado ao modelo neoliberal de performance, desempenho, gerenciamento estratégico das emoções, empreendedorismo de si, flexibilização e precarização, decorrentes de novas formas de dominação, assentadas em uma economia que destrói a vida em conluio com a tirania invisível do mercado financeiro e que, desse modo, repercute no adoecimento do mundo.

Sintetizando, basta dizer que se trata de uma educação articulada à profusão da existência e elevação do corpo ao seu limite e plenitude, já que “[...] não queremos mais somente viver melhor, com o conforto e o consumo de bens ou de medicamentos, mas viver mais fortemente,

desenvolver a intensidade nervosa da vida [...]” (Virilio, 1996, p. 107). E assim, sob a influência de um ideal hegemônico, somos levados a potencializar e ativar ao máximo a vida rumo ao topo. Isso revela como o desejo desesperado de vencer a qualquer custo emerge como uma imposição da excelência nos tempos atuais, acaba por transformar a vida em uma adversária. Trata-se de um modelo de existência em que aqueles que acreditam que a vida deve ser feita de vitórias, conquistas e realizações (foco, metas e resultados) são justamente os sujeitos “assujeitados”, que reproduzem em si as marcas das violências e brutalidades de um sistema que os moldou como seres adequados e adaptados à repetição e perpetuação das instâncias colonialistas do poder, do ser e do saber.

Imersos nessa busca descomedida pelo sucesso pessoal e profissional pautado no ideário burguês do sujeito bem-sucedido, transformamos a educação e o trabalho em campos de batalha, onde a vida é uma mera concorrente. O próprio modelo educacional (colonialista e neoliberal) incute desde a infância essa necessidade de estudar para ser alguém na vida – inflado pelo núcleo familiar e social. Noutras palavras, esse sistema nos impele à crença de que precisamos estudar e nos preparar para o mundo do trabalho para sermos alguém e termos algum destaque na vida.

Nesse retrato, a referência de ensino, a matriz curricular, como no caso do novo ensino médio, assume cada vez mais um caráter tecnicista, pragmático e utilitarista, voltado para a preparação para o trabalho e a inserção no mundo do consumo, em detrimento de uma formação humanística fundamentada na experiência e na criticidade (Silva, 2015a; 2015b). Esse sistema acredita preparar os sujeitos para um mercado de trabalho cada vez mais restrito, reforçando uma lógica de competição (endógena e exógena) e excelência como imperativos sociais.

Compreendemos que a análise crítica da educação, orientada por uma abordagem interdisciplinar, evidencia de que modo as estruturas macroeconômicas e institucionais incidem diretamente na constituição subjetiva de professores e estudantes. Ao articular os aportes teóricos de István Mészáros (2005) e Christian Laval (2004), evidencia-se que a lógica capitalista não apenas organiza o sistema educacional, mas também molda os parâmetros de ser, sentir e agir dos sujeitos escolares.

Para conquistar o sucesso nessa existência acelerada e conduzida ao extremo, onde a busca incessante pelo topo define a figura do indivíduo

bem-sucedido, muitas vezes recorremos a estratégias antiéticas, amorais e desumanas, já naturalizadas no tecido social e replicadas em ambientes escolares e organizacionais. Nessas esferas, os fins passam a justificar os meios, legitimando práticas que sustentam desigualdades e reforçam mecanismos de dominação. Basta observar a mercantilização narcísica do eu e a exaltação hedonista da visibilidade promovida pelos influenciadores.

Esse modelo educativo, estruturado com base em competências, habilidades e aptidões, encontra-se profundamente enraizado — e muitas vezes dissimulado — nas práticas de colonialidade do ser, do saber e do poder. Ele é continuamente reforçado pelas formas institucionalizadas de educação, sejam elas formais/tradicionais, familiares ou religiosas. Nos ambientes escolares, nos núcleos familiares e nos processos de catequização e evangelização, essa estrutura é absorvida e reproduzida, frequentemente de maneira mecânica e acrítica, funcionando como um manual de conformação e instrução.

A referida tipologia não admite a diversidade nem a pluralidade, pois está baseada na unidade, simetria e coerência, favorecendo a opressão, a subserviência e a passividade. Para isso, emprega estratégias de adestramento e domesticação, repaginadas pela violência psicopolítica, que é vendida sob a aparência de autonomia e liberdade. Essa concepção segue um padrão hierárquico, totalizante e “matematizável”, pautado na autodisciplina e no autocontrole, traduzido em conceitos como sucesso, realização, vitórias, felicidade e consumo.

A educação moderna, singular e individualizante (institucionalizada), fundamenta-se em ideias de inferioridade, desconhecimento, dissemelhança, medo, ameaça, violência, silenciamento e desqualificação. Na verdade, as estratégias que historicamente marcaram a demarcação do Outro (ser colonizado) e a imposição da diferença colonial, como produtora da opressão e subalternidade, seguem sendo reproduzidas e atualizadas na educação (e nas relações escolares), reforçando o prisma da colonialidade.

Como asseveram Andrade e Domingues (2023), torna-se crucial problematizar a imposição da episteme colonial, uma vez que ela sustenta estruturas de poder que marginalizam outros saberes. Segundo os autores, uma:

[...] perspectiva decolonial de descentrar o Ocidente (de seu olhar e de seu lugar de enunciação) possui implicações fundamentais não apenas para as teorias políticas e da sociedade, mas também para as teorias do conhecimento. O que está em jogo é a formação de uma epistemologia decolonial [...] (Andrade & Domingues, 2023, p. 541).

Tal epistemologia, comprometida com o deslocamento da racionalidade ocidental, por meio de uma abordagem afetiva, propõe uma crítica à educação moderna e ao seu papel na conformação de subjetividades alinhadas ao capitalismo neoliberal, à disciplina e ao controle exercidos pela escola, além de impulsionar a busca por outras formas de (re)existência e de práticas educativas que escapem a essa lógica hegemônica.

Posto isso, a presente análise fundamenta-se em uma abordagem crítica das práticas educacionais coloniais, considerando as implicações na subjetivação dos indivíduos e na perpetuação de hierarquias epistemológicas. Para tanto, adota-se uma perspectiva teórico-reflexiva, que examina os processos de produção e reprodução do conhecimento sob o prisma da colonialidade, identificando mecanismos de poder que regulam o acesso e a legitimidade dos saberes.

O estudo ancora-se em uma pesquisa bibliográfica, contemplando autores contemporâneos que problematizam a instrumentalização do conhecimento em detrimento da construção ética, social, cultural e relacional. De certo, essa abordagem possibilita a compreensão não apenas das dinâmicas internas do sistema, mas também de sua projeção para além das próprias fronteiras sociais e econômicas, fronteiras que estruturam o sistema educacional e sustentam tanto a manutenção de padrões eurocentrados quanto a marginalização de epistemologias plurais.

Além disso, a escrita busca evidenciar como as educações pluriépistêmicas podem configurar-se como espaços de resistência e ressignificação, ao enfatizar estratégias que promovam a valorização de saberes contra hegemônicos. O objetivo é tensionar a arquitetura colonialista vigente, criando fissuras que possibilitem a crítica e a insurgência. Desse modo, a reflexão proposta pretende não apenas desvelar os limites impostos pela estrutura educacional atual, mas também abrir caminhos para práticas pedagógicas que acolham a diversidade

epistêmica e promovam um processo educativo verdadeiramente emancipatório.

Com o intuito de conferir uma organização didática à exposição, inicia-se com uma análise concisa do modelo educacional monolítico-colonial e de seus desdobramentos nos processos de subjetivação e subalternização do sujeito ao regime do trabalho. Tal análise configura-se como crítica à educação moderna e ao seu papel na conformação de subjetividades alinhadas ao capitalismo neoliberal, pautadas pela disciplina e pelo controle exercidos pela instituição escolar. Em seguida, examinam-se as dinâmicas do poder e da colonialidade como forças estruturantes da existência, atravessando tanto as relações sociais quanto os dispositivos educativos. Evidencia-se que a resistência emerge nas margens, tensionando os mecanismos de padronização e as expressões de violência epistêmica e simbólica. Ressalta-se, ainda, a atuação difusa e capilarizada do poder, bem como a função da colonialidade na conversão do conhecimento em um regime de verdade imposto, com o conseqüente apagamento da pluralidade epistêmica.

Por fim, enfatiza-se a potência insurgente das resistências marginais, nas quais vidas (re)existem e se (re)constroem em territórios afetivos, desafiando as lógicas coloniais de homogeneização. Nesse horizonte, reitera-se a urgência ética e política de acolher a diversidade e a singularidade dos sujeitos, promovendo espaços em que a invisibilidade seja superada, todas as vozes tenham reconhecimento e valor, e se abram possibilidades para outras formas de existência e práticas educativas que escapem a esse enfoque hegemônico.

Educação e subjetivação na modernidade: entre a disciplina e a resistência

Amparados pela obra "O que é educação?" de Carlos Rodrigues Brandão (2007, p. 7), postulamos uma reflexão de que a educação transcende seu entendimento formal e escolar. Assim, o autor, ao afirmar que "ninguém escapa da educação", nos convida a questionar sua perspectiva singular e a considerar a existência de múltiplas "educações". Essa pluralidade de processos formativos ocorre em diversas esferas da vida, como nas interações sociais e familiares, nas manifestações culturais, no uso de mídias, nos contextos religiosos e legais, e até mesmo nos silêncios e nas ausências.

Essa visão expandida da educação a concebe como um processo contínuo e onipresente, que se manifesta de forma capilar e, por vezes, sutil. Ela não se restringe a ambientes formais, operando de maneira difusa por meio de gestos, discursos, normas sociais e mecanismos de controle simbólicos. O aprendizado ocorre pelo modelo, pela convivência e, fundamentalmente, pelas ideologias e narrativas que moldam as práticas sociais. Desse modo, a educação se estabelece como um campo complexo, onde coexistem e se confrontam saberes distintos, tanto hegemônicos quanto contra hegemônicos, influenciando a formação das identidades e dos modos de vida.

No tempo moderno, a educação emerge institucionalizada e capturada pela escola. Assim, a noção de educação nos remete à transmissão da cultura como produção, perpetuação e transformação do sujeito mediante as práticas de aderência ao entorno social. Tendo isso em mente, não é um processo linear, datado, mas instável e repleto de tensões, que se faz e refaz ao longo da vida. De forma análoga, a educação não é só conhecimento, porque o conhecimento é um tipo de transmissão ou ajustamento de condutas.

Entendemos que cada sociedade tem um modelo do que seria a educação ou projetos sócio-históricos de educações, por causa das variações de acordo com o tempo, espaço e com o que se quer formar. Sem dúvida, a educação gira em torno dos anseios sociais de um tempo ou local específico. Sob essa ótica, Goergen (2019, p. 2) aponta que, em nosso tempo atual, o “[...] sistema capitalista neoliberal determina o que o ser humano deve ser e como deve agir para alcançar reconhecimento e sucesso. As referências de realização pessoal são economia, produção, lucro e consumo”.

A educação, no contexto do sistema capitalista neoliberal, emerge como um objeto/sujeito da pedagogia, o ramo científico responsável pela formação da experiência humana em contextos específicos. Dessa maneira, a pedagogia se estabelece como um meio de captura da educação, estruturando práticas pedagógicas fundamentadas em determinado tipo de sujeito, modelo societário e tempo histórico que se busca formar.

Além disso, como argumenta Luckesi (1994, p. 37), “[...] não há uma pedagogia que esteja isenta de pressupostos filosóficos”, pressupostos que orientam e conduzem à compreensão do mundo, dos sujeitos e da prática educacional adotada. Sob essa perspectiva, a educação,

concebida como uma prática social voltada à experiência humanizadora e crítica, exige responsabilidade social e ética, indo além do “[...] porquê fazer, mas o quê e como fazer” (Libâneo, 2005, p. 16).

A pedagogia, por si só, não se sustenta como um campo de saber e prática isolado, mas está intrinsecamente vinculada a diversos outros ramos do conhecimento, como a política, a sociologia, a filosofia e a psicologia. A concepção arcaica de “alumnus” como aquele “sem luz”, onde a luz representaria o conhecimento transmitido pelo professor, apenas perpetua violências e brutalidades.

Por falar nisso, o professor, na condição de representante do Estado colonial, assume o papel de profeta ou porta-voz da chamada “verdade científica”. Em linhas gerais, a escola se torna a materialização de uma máquina ou fábrica destinada à produção de indivíduos dentro de uma fôrma específica, cabendo ao professor um papel essencial como instância repressiva e reprodutora desse sistema, análogo à figura do fiscal nas fábricas fordistas. Como elemento da (re)produção, o professor dita e orienta subjetividades como meras cópias do que é exigido para ser um cidadão produtivo.

Em contraposição, pensar-sentir a vida como um espaço de saber-fazer significa transformar a própria existência em um motor propulsor das aulas-encontros, promovendo um conhecimento que se constrói em diálogo e ato (Freire, 2002).

A educação é um conjunto de instâncias que permeia todas as etapas da vida em sociedade, produzindo e reproduzindo efeitos e modos de existir. Os próprios projetos educacionais emergem atrelados a projetos de sociedade, com destaque para o surgimento da escola moderna. Em outras palavras, adota-se como único caminho uma concepção estreita, simplista e reducionista de educação regular e repetitiva, predominante nas sociedades ocidentais. Essa educação se dá por meio da transmissão de valores, condutas e formas de existência compatíveis com determinado arranjo social e temporal, ou seja, a suposta “formação integral do sujeito”. Esse modelo se assemelha mais a uma prisão, estruturada por regras, horários rígidos e fórmulas padronizadas de comportamento, além da assimilação mecânica de conteúdos programáticos. Nesse ponto, as aproximações com as dinâmicas do mundo do trabalho não se configuram como meras coincidências, mas como expressões concretas de processos estruturantes que atravessam e interligam ambos os campos.

Devemos, portanto, conceber a educação em sua totalidade, reconhecendo a escola como uma das esferas onde ela se concretiza. O problema surge quando a ênfase na educação individual restrita ao ambiente escolar leva ao enfraquecimento de outras oportunidades e espaços educativos, resultando no que se pode chamar de um “estrangulamento” das diversas formas de educar. Como consequência, a escola passa a desempenhar papéis que desviam de seu propósito central: focar na ampliação da experiência humana, crítica, afetiva, vincular e relacional do sujeito. Isso nos permite vislumbrar a educação numa perspectiva mais ampla, a saber:

[...] Educação, entendida como o processo de formação humana, atua sobre os meios para a reprodução da vida – e essa é sua dimensão mais visível e prática –, bem como coopera para estender a aptidão do homem para olhar, perceber e compreender as coisas, para se reconhecer na percepção do outro, constituir sua própria identidade, distinguir as semelhanças e diferenças entre si e o mundo das coisas, entre si e outros sujeitos (Rodrigues, 2001, p. 243).

No contexto moderno, a educação ampliada e a educação escolar se entrelaçam, gerando impactos individuais, sociais e coletivos. A escola monolítica se consolida como um espaço de reprodução e como representante do pensamento científico hegemônico, em detrimento de outras possibilidades criadoras de saberes-fazeres diversos. A educação, como fenômeno e experiência humana que forma o indivíduo para além do trabalho, também produz a realidade-existência por meio desse trabalho, entendido como um ato intencional de materializar externamente aquilo que já existia a priori, de forma intrínseca (identidade, pensamento, sociedade). Nesse ambiente, produtor e produto se confundem, sendo ambos parte da educação (Saviani, 2011). De tal forma que o ensino constitui uma dimensão da educação que gera o trabalho, enquanto a escola atua como transmissora de um saber sistematizado sobre uma realidade histórica e social construída.

Ainda hoje, a empreitada da colonização da educação opera por meio de um processo de escolarização que molda sujeitos ajustados à sua lógica: o trabalho obediente. O projeto colonial, sustentado pela modernidade eurocêntrica, estrutura-se no enfraquecimento dos laços e

vínculos comunitários (comunitaricídio), a fim de alimentar o culto ao indivíduo (Grosfoguel, 2018). Para tanto, a efetivação da colonização, e de seus resíduos atualizados nas diversas expressões de colonialidades, exige:

[...] um amplo e sofisticado projeto escolarizante que tem como ação sistemática o extermínio, a subalternização e o desvio de inúmeras comunidades e suas práticas de saber. Encapsulamento do tempo, racismo, sexismo, catequese, hierarquização do conhecimento, colonização cosmogônica, assassinato de línguas maternas, estupro, tortura, escravidão e produção de esquecimento pavimentam o chão que sustenta as várias formas de violências direcionadas aos diferentes modos comunitários (Rufino, 2023, p. 38).

A hierarquização colonial-capital das relações entre saberes-fazer, fundamentada na diferença colonial, emerge sustentada por operações desiguais de poder, manifestadas através do uso indiscriminado da força ou violência — simbólica e material — instituída e demarcada pelos espaços. Ao mesmo tempo, a hierarquia se estabelece como substrato e fundamento estrutural e estratégico do poder, garantindo a produção e a perpetuação da diferença colonial, ancorada na subalternização do outro, repaginada pela colonialidade do poder, ser e saber. Essas diferenciações e classificações se apoiam em distinções hierárquicas que reproduzem as dicotomias binárias coloniais.

A imposição de um modelo unívoco de educação suprime a diversidade como motor de encontros e potencialidades dialógicas, pois assume como propósito teleológico a homogeneização e a universalização, por meio da padronização, adequação e adaptação. Desse modo, esse sistema se mantém impregnado na lógica da hierarquia verticalizada, atravessada por disputas de força e poder oriundas da colonialidade, manifestadas em processos como o desvio existencial, o genocídio e o epistemicídio.

Isso implica que o assédio no sistema educacional em todos os níveis de ensino é naturalizado, até mesmo romantizado e, em muitas ocasiões, exaltado como fundamento do aprendizado (no pain, no gain). Parece que ser humilhado, violentado, ofendido e relegado a uma posição de inferioridade, visto como um ente vazio e desprovido de “luz”, imerso na escuridão da “ignorância”, é tratado como um elemento necessário para

aprender. Esse processo se assemelha à suposta benevolência do projeto da modernidade, implementado através da colonização, catequização e da pretensa civilização imposta pelos invasores.

Aqui, no entanto, com base na modernidade, a invasão e a desapropriação não ocorrem no âmbito territorial, mas são direcionadas ao saber e à própria existência do sujeito, desconsiderado, silenciado e destituído como portador de saberes-fazer diversos. Como analisa Rodrigues (2022), essa estruturação visava à manutenção do poder como um dos pilares fundamentais da modernidade. Nas palavras da autora:

A finalidade da modernidade que se expressa na sua ontologia como narrativa de quem quer comandar é centrada na subjetividade, por isso a autoestima é a peça-chave no quebra-cabeça da modernidade, sendo os processos educativos os formadores da autoestima: as pessoas que devem comandar têm sua subjetividade elevada ao máximo e as para serem comandadas têm suas subjetividades atacadas pelo sistema educacional e cultural, sofrem assédio permanente e são seduzidas para o projeto da modernidade. Saem do sistema educacional para serem comandadas e para fazerem o que o projeto quer (Rodrigues, 2022, p. 61).

Historicamente, as estruturas de constrangimento, assédio, padronização e cerceamento, sob um viés epistêmico e ontológico dominante, se consolidam no âmbito educacional, revelando sua faceta repressiva e sua função como mecanismo de propagação dos aparatos ideológicos de manipulação, adestramento e docilização dos corpos. A perpetuação hierárquica desse modelo sustenta o que Foucault (1999) denomina regime disciplinar de poder, direcionado aos indivíduos inseridos nessas instituições.

Sobre essa dinâmica, Foucault (1999) elucida que o corpo dócil é concebido como aquele que pode ser submetido às normas, utilizado como instrumento, moldado por técnicas disciplinares e aperfeiçoado em conformidade com os objetivos de poder e controle. Nos espaços educacionais, a tensão entre força e poder manifesta-se na subserviência dos corpos, na ordenação da vida e na domesticação dos modos de ser, estar, existir e agir, preparando-os para sua inserção no sistema capitalista de produção, consumo, endividamento e descarte.

Os mecanismos da disciplina (repaginados e disfarçados de liberdade) visam expropriar o humano, circunscrevendo desejos e paixões, fomentando o empobrecimento afetivo e relacional de formas dissidentes, transgressoras e indisciplinadas. As referidas práticas disciplinares de poder objetivam uma performance racional e produtivista do pensar-sentir autômato, destituído de espontaneidade e criatividade no rincão educacional. Atinente à camuflagem camaleônica do regime disciplinar, Han (2022, p. 9) demonstra que “[...] é a forma de dominação do capitalismo industrial. Assume, ele mesmo, uma forma maquinaal. Todos e cada um são uma roldana no interior da maquinaria disciplinar do poder”.

Atualmente, a educação ainda se encontra enlatada no regime disciplinar e encaixotada em um formato singular de disciplinamento (grades, matrizes, ementas, currículos, disciplinas, períodos), onde “[...] os seres humanos são adestrados em um animal do trabalho” (Han, 2022, p. 9), contribuindo para expurgar corporeidades, territorialidades, temporalidades e saberes-fazeres dissidentes ou divergentes. Na verdade, no molde societário disciplinar, o indivíduo é constituído como sujeito justamente na medida em que aprende a obedecer (Foucault, 1999).

Em face do supracitado, Mansano (2009) revela que as referidas práticas atuam como modos ou formas estruturantes da subjetivação nos espaços institucionais, enaltecendo um tipo de sujeito “sujeitado” e obediente, adequado ao escopo precípua da produção. No tocante ao referido modelo institucional, a autora postula que essas “[...] instituições, bastante fortalecidas, ocupavam-se em difundir a importância do trabalho, da utilidade e da produção como valores que deveriam ser assumidos pelo indivíduo dito normal” (Mansano, 2009, p. 41).

Com isso, uma indagação ascende em nossas entranhas novamente, como aquela pulguinha, ou melhor dizendo, aquele elefante atrás da orelha: o que quer esse projeto moderno de produção de subjetividades consonantes à subserviência ao trabalho? A esse propósito, Rodrigues (2022) nos fornece algumas pistas ou direcionamentos para refletir acerca dessas intenções. A citada autora nos diz que:

A subjetividade fortalecida é para trabalhar e produzir riquezas, com poucos no comando e a maioria comandada. Ou seja, o ser que se quer ser é produtor, acumulador e consumidor de riquezas. E, para tornar isso realidade, adotou e adota a epistemologia da

divisão funcionalista do trabalho, num código binário do sim e do não, com a crença de que é indivíduo unido a outro indivíduo pela solidariedade funcional como uma subjetividade de autovalorização, orientada por um tempo inexistente, o futuro, que vê na pessoa ao seu lado um concorrente (Rodrigues, 2022, p. 61).

Somos, assim, levados a reconhecer que a produção de subjetividades no modelo disciplinar não está em desuso, uma vez que coexiste, nos arranjos societários contemporâneos, com outras formas de controle, consumo, felicidade, liquidez, cansaço e descarte, dispositivos que operam como eixos articuladores de estratégias sociais nos campos da educação e do trabalho, a serviço das exigências do capitalismo neoliberal por produtividade, intensidade e lucro. Até mesmo o (idealizado) amor romântico é capturado, manipulado e comercializado para atender aos desejos do mercado (Mansano, 2012).

Nessa receita, o outro, o diverso e o estranho são anulados em sua potência de vir a ser enquanto possibilidades de ampliação e experimentação de novas maneiras de existir, viver e, quem sabe, amar. Visto que, nessa fábula do amor Disney, somos programados para buscarmos incessantemente durante toda a nossa vida, se necessário, “a nossa alma gêmea”, “a metade da nossa laranja”, “a tampa da nossa panela” ou “a nossa cara-metade”, numa idílica e fantasiosa harmonia de par perfeito e inatingível. Uma das problemáticas dessa formatação acarreta na “[...] dificuldade de visualizar o outro e a si mesmo como um processo constituinte e vivo que refaz seus contornos a cada novo encontro” (Mansano, 2012, p. 115).

Em complemento ao asseverado, Rodrigues (2022, p. 62) sugere que:

O mito do amor romântico é estruturante da subjetividade da modernidade com a funcionalidade inerente ao modelo e que muito colabora para manter as inferiorizações e ampliar os sentimentos de infelicidade, considerando que o ser buscado é inexistente e que, se você não alcança este ser, é por incompetência sua, que não soube conquistar e manter para si, o que aparentemente não guarda nenhuma relação com as outras dimensões da vida, mas sabemos que mantém relação com as várias dinâmicas das relações sociais.

As inúmeras ramificações da existência, entrelaçadas nas relações sociais e configuradas como encruzilhadas de experiências políticas, estéticas, poéticas e éticas diversas, emergem dos encontros múltiplos e plurais, transbordando e transformando miríades de imagens caleidoscópicas em potências de afetar e ser afetado. Esse movimento nos remete à cosmo-percepção da natureza.

Neste íterim, como argumenta Lima (2015, p. 63), “[...] a existência livre das intervenções racionalizantes, a existência não ordenada e não matematizada é identificada como natureza [...]”. Por essa razão, a natureza “[...] deve ser enquadrada nos padrões do que é absolutamente previsível e transparente, para que nos defendamos do misterioso, do desconhecido” (Lima, 2015, p. 63). Em suma, a experiência da existência/natureza nos moldes contemporâneos “[...] é identificada como arriscada e os riscos devem ser exorcizados para ser controlados” (Mansano & Lima, 2017, p. 83). Dentro dessa lógica, o modelo atual de educação e trabalho sustenta a necessidade de “aparar as arestas” como forma de manutenção da sociedade do assédio.

A vida por decreto, protocolar, regimental (vigiada/controlada) e seus viventes cerceados e tolhidos contribuem para o empobrecimento da existência plural das vidas, dificultando outras formas autênticas de existir. Entretanto, apesar dessas tentativas de controlar, ordenar e ceifar vidas sob o jugo andro-colonial-capital-moderno-ocidental-cristão, diversas outras vivências/viventes, desobedientes e indisciplinados escapam, resistem e revivem como potências políticas que buscam acolhimento nos vários outros campos que compõem os nós, significando e ressoando outras falas, vozes, cantos, cores e corpos insubmissos.

Potência e resistência: vidas nas fissuras do poder colonial

Na perspectiva da resistência, Butler (2015, p. 13) ressalta que a existência, como potência e resistência, se revela por meio de seu caráter discursivo e profundamente político, sendo atravessada pelas relações de poder. No mais, o próprio ser da vida, “[...] é ele mesmo constituído por meios seletivos; como resultado, não podemos fazer referência a esse ‘ser’ fora das operações de poder e devemos tornar mais precisos os mecanismos específicos de poder mediante os quais a vida é produzida”. Nesse cenário, há aqueles seres da vida que habitam as fissuras das ruas e

vielas, distantes das imponentes avenidas do poder e do pensamento, reconstruindo-se incessantemente nos encontros e desencontros do afeto – fora do asfalto, do concreto e da fumaça sufocante.

As vidas que escorrem pelos vácuos dos mecanismos de poder como potência e resistência (re)existem nas brechas e nas fraturas das tensões entre a modernidade/colonialidade. Consequentemente, refletir concernente às “[...] relações de modernidade-colonialidade implica pensar que todas perpassam por relações de poder” (Miglievich-Ribeiro & Dos Prazeres, 2015, p. 29). Nesta situação, faz-se imprescindível compreender que o poder está diluído e implicado em várias instâncias ou microesferas do existir.

Cabe pontuar que a educação, enquanto produção e reprodução do saber-fazer, é similar aos ditames averbados pela modernidade/colonialidade, compreendida como estrutura operacional do poder, ser e saber. A ideia monológica da educação ocidental advém dos efeitos repaginados da modernidade/colonialidade e suas ressonâncias constitutivas similares ao padrão colonial de poder.

Aludindo à temática do poder e suas manifestações no contemporâneo, Han (2019, p. 9) destaca que sua verdadeira potência reside na capacidade de se manter silencioso. Ou seja, quanto maior seu alcance, “[...] mais silenciosamente ele atuará. Onde ele precise dar mostras de si, é porque já está enfraquecido”. O poder, na modernidade/colonialidade, impacta os processos educacionais por meio dessa teatralidade dissimulada, ocultando seus reais propósitos e se dissipando de maneira sorrateira através dos múltiplos feixes em que opera. Com base em Foucault (1998), o poder constitui um conjunto de relações que se articulam de forma variável, podendo assumir configurações mais ou menos organizadas, hierarquizadas e coordenadas. Essas relações são instáveis e se transformam ao longo do tempo, adaptando-se às mudanças do ambiente social.

Por essa razão, Quijano (2009, p. 76) observa que a estrutura do poder “[...] é uma malha de relações de exploração/dominação/conflito articuladas [...]”, constantemente reconfigurada nas disputas pelo controle do trabalho, da natureza, do sexo, da subjetividade e da autoridade. De fato, o poder não se limita à esfera da produção, nem à imposição de ordem e autoridade, exercidas separada ou conjuntamente, mas se

constitui como o núcleo estruturante de todas as relações sociais, impactando diretamente as formas e os modos de subjetivação.

A colonialidade opera como um dispositivo que subverte o conhecimento e o saber em poder, imbuído do valor de verdade enquanto axioma, refletindo-se na organização da educação moderna, a qual tende a converter a multiplicidade de seres vivos e suas subjetividades em matéria anômala e inanimada, suscetível de enquadramento, ainda que parcial, conforme sua cartilha moderna de visão unívoca. Nesta esteira, Hall (2016, p. 88) nos diz que o “[...] conhecimento ligado ao poder não apenas assume a autoridade ‘da verdade’, como tem o condão de se fazer verdadeiro. Todo conhecimento, uma vez aplicado ao mundo real, tem efeitos reais, e nesse sentido, pelo menos, ‘torna-se verdadeiro’”.

A violência concreta da dominação e exploração colonial abrange elementos subjetivos, ideológicos e psíquicos originados na centralidade do colonialismo e na disseminação do capital. A conquista dos colonizados, juntamente com a imposição do modo de produção, da sociabilidade, da religião e do conhecimento dos colonizadores, contribuiu para a expansão do capital e para o aprofundamento das diferenças e contradições capitalistas entre centro e periferia.

A violência colonial foi essencial para o desenvolvimento do capitalismo, reverberando em suas diversas fases de transformação (Fanon, 2021). Esse mecanismo opera de forma implícita por meio de uma relação simbiótica entre colonialismo, capitalismo, intolerância religiosa, racismo e todas as formas perversas de preconceito e discriminação. Essas dinâmicas perpetuam a colonialidade do poder, do ser e do saber, impactando diretamente a constituição da identidade/diferença.

Face às considerações acima, Faustino (2021, p. 12) assinala que:

Sem as colônias, como principais depositárias das contradições sociais criadas pela ordem do capital, a gestão burguesa da luta de classes nos centros não seria possível. Essa transferência, no entanto, seria inviável – tanto nas colônias quanto nos centros capitalistas – sem a existência do racismo, da racialização e de todo um complexo ideológico de dominação, com efeitos sobre a psique, a cultura e as formas de existir do colonizado.

Os mecanismos de padronização e produção hegemônica da colonialidade, diuturnamente, tendem a formatar subjetividades de forma violenta, via modelos de seres desprovidos de olhares plurais e reflexões múltiplas e, por conseguinte, vazios do senso crítico, engajamento político, convicções libertárias, revolucionárias e emancipatórias. Esse é seu cerne estrutural. Embora (re)existam diversos rasgos e perfurações dessas tessituras uniformes e retilíneas que se manifestam nas lacunas, fronteiras e periferias por meio de lutas, desobediências e ressignificações insurgentes, alinhadas na malandragem indisciplinada e desbocada de outras cosmologias, ontologias e epistemologias possíveis em interlocução com a horizontalidade circular dos afetos.

Em razão disso, Krenak (2021, pp. 64-65) observa que a "[...] episteme [...] é em si colonial [...]", pois decorre de um molde conceitual fundamentado na lógica ocidental. Em outras palavras, trata-se da racionalidade ocidental "[...] imprimindo sentido em outros mundos, criando sujeitos que vão ser a imagem e semelhança dessa racionalidade [...]". O autor enfatiza que a organização dessa estrutura epistêmica colonial exclui a participação e a contribuição dos diversos povos e culturas que influenciaram significativamente aquilo que se reconhece como conhecimento. Essa amnésia epistêmica, marcada pelo esquecimento sistemático, "[...] ignora e nega a originalidade, a pluralidade e a capacidade de invenção desses povos que não foram considerados integrantes do concerto civilizatório" (Krenak, 2021, p. 65).

A fúria colonial, movida por sua ânsia e ganância desmesurada ao longo dos séculos, dizimou incontáveis culturas, territórios e formas plurais de existência, impondo "[...] um único formato, esse formato monocultural, monolinguístico, e que tem também uma epistemologia única [...]" (Krenak, 2021, p. 67). Essa estrutura monolítica, excludente, capitalista e privada ignora "[...] que o outro, para além de uma alteridade oposta, é também a possibilidade de a gente se constituir como pessoa. Eu só posso ser alguém se existirem os outros" (Krenak, 2021, pp. 67-68).

A concepção de educações múltiplas e plurais desafia a lógica hegemônica que historicamente reduziu o fenômeno educativo à institucionalização escolar e à padronização de saberes. Em sintonia com o pensamento do imortal pensador indígena Ailton Krenak (2021), essa perspectiva convoca-nos a acolher os diversos caminhos formativos que atravessam os sujeitos, reconhecendo que a educação não se limita a um

modelo único, classificatório ou hierarquizante, mas se realiza na diversidade dos encontros, das experiências e das expressões culturais.

Ao nos convocar a experimentar a outridade em nós mesmos, o líder indígena, ambientalista, poeta, escritor e filósofo das florestas propõe a desconstrução das fronteiras rígidas entre o eu e o outro, bem como entre os saberes legitimados e aqueles historicamente marginalizados. Essa perspectiva abre caminho para uma pedagogia fundada na escuta, na presença e na afetividade, capaz de acolher a pluralidade dos sujeitos e de promover encontros formativos pautados pela dignidade e pelo reconhecimento mútuo. Trata-se de compreender que educar é também criar condições para que todas as vozes possam emergir, especialmente aquelas historicamente silenciadas ou invisibilizadas.

Nesse sentido, a educação plural não apenas reconhece a singularidade de cada sujeito, suas competências, deficiências e dificuldades, como também legitima os saberes oriundos de diferentes matrizes epistemológicas, sejam elas indígenas, afrodiáspóricas, populares ou periféricas. Como afirma Krenak: “[...] que possamos também experimentar viver em um mundo no qual ninguém precise ficar invisível [...], no qual possamos ser quem somos, cada um com a sua singularidade [...]” (Krenak, 2021, pp. 77–78).

Essa abordagem amplia o horizonte da educação para além da transmissão de conteúdos, propondo uma prática formativa que valoriza o diálogo intercultural, a construção coletiva do conhecimento e a dignidade dos sujeitos em sua integralidade. Educar, nesse ângulo, é resistir à homogeneização e afirmar a potência das diferenças como fundamento ético e político da convivência.

Confluências finais

A crise que atravessa os âmbitos socioambiental, educacional e ocupacional não pode ser interpretada isoladamente, mas como expressão contínua de um projeto civilizatório que historicamente se estruturou sobre a receita da expropriação, da mercantilização da vida e da homogeneização dos saberes. Essa racionalidade, alicerçada no paradigma moderno-colonial, impôs uma visão de mundo centrada na supremacia humana, na exploração ilimitada dos bens naturais e na subordinação de epistemologias não ocidentais. O modelo de progresso que sustenta essa cartilha não apenas ignora os limites ecológicos do planeta, como também

desconsidera os modos de vida que resistem à normatividade capitalista e ao epistemicídio promovido pela racionalidade neoliberal.

A concepção dominante de humanidade, moldada por valores antropocêntricos e capitalistas, tem operado como dispositivo de exclusão, silenciando vozes dissidentes e invisibilizando formas de existência que não se alinham à idolatria produtivista e acumuladora. Como apontam Krenak (2020) e Viveiros de Castro (2020), a crença na centralidade do humano e na superioridade de sua razão tem contribuído para o aprofundamento das desigualdades sociais e para a intensificação da degradação ambiental. A natureza, transformada em recursos, é explorada como mercadoria, enquanto os saberes ancestrais e comunitários são relegados à condição de irracionalidade ou atraso.

Diante desse retrato, torna-se urgente promover uma virada ontológica e epistemológica que questione os fundamentos da modernidade ocidental, promovendo educações comprometidas com a vida plural e múltipla. Isso implica não apenas reconhecer a pluralidade de saberes, mas também criar condições para que epistemologias insurgentes, oriundas das periferias, dos povos originários, das comunidades quilombolas e dos movimentos sociais, possam ocupar espaços legítimos na produção de conhecimento. Como destaca Silvestre (2021), é na escuta dos saberes desobedientes que se abre a possibilidade de reconfigurar nossa relação com o mundo, compreendendo-o como um tecido de interdependências e não como um campo de dominação.

As educações, compreendidas em sua pluralidade, devem ser entendidas como práticas formativas voltadas à emancipação e à contestação das lógicas hegemônicas que sustentam a monocultura do saber. Ao favorecer o diálogo entre distintas racionalidades, acadêmicas, ancestrais, populares e periféricas, abrem-se possibilidades para a constituição de espaços educativos que operam como territórios de reconstrução simbólica e política. Nesses espaços, a diversidade não é apenas reconhecida, mas afirmada como princípio ético, ontológico e epistemológico.

Tal perspectiva demanda uma pedagogia insurgente, comprometida com a justiça cognitiva e com a valorização dos saberes situados, que emergem dos contextos históricos, culturais e territoriais dos sujeitos. Trata-se de fomentar processos educativos que contribuam para

a construção de horizontes coletivos pautados na solidariedade, na reciprocidade e no cuidado com a vida em todas as suas dimensões.

Investir na construção de epistemologias que desestabilizem os pilares da colonialidade é, portanto, um gesto de resistência e de criação. Trata-se de imaginar mundos possíveis onde a coexistência entre humanos e não humanos não seja mediada pela lógica da exploração, mas pela ética da interdependência. Somente ao superar os paradigmas da modernidade ocidental e da educação “mono” será possível edificar um futuro em que a diversidade epistêmica e ontológica seja reconhecida como condição para a sustentabilidade da vida e para a reinvenção de nossas formas de estar no mundo.

Em suma, frente aos vastos desafios impostos pela crise civilizatória contemporânea, torna-se inadiável a construção de horizontes epistemológicos que rompam com os paradigmas da modernidade ocidental e da educação singular, promovendo a valorização de saberes plurais, insurgentes e territorializados. No horizonte das educações múltiplas e plurais, a prática educativa deve se constituir como força ativa na desestabilização das estruturas coloniais que historicamente sustentam a exclusão epistêmica e a padronização dos saberes. O reconhecimento da educação como um campo atravessado por disputas simbólicas, políticas e ontológicas torna possível fomentar práticas formativas que valorizem a interdependência entre os seres e a diversidade como princípios ético-políticos fundamentais.

Essa abordagem implica deslocar o olhar da educação como instrumento de reprodução normativa para concebê-la como espaço de criação compartilhada de mundos, onde saberes ancestrais, populares, periféricos e dissidentes possam coexistir e dialogar com os referenciais acadêmicos. A incorporação de perspectivas críticas e contra-hegemônicas abre a possibilidade de construir processos educativos que não apenas resistam às lógicas de dominação, mas que também promovam modos de existência pautados na reciprocidade, no cuidado e na justiça cognitiva, entendida como o reconhecimento e a valorização dos diferentes modos de conhecer e viver.

Assim, educar em chave plural é afirmar a potência dos encontros entre saberes, subjetividades e territórios, rompendo com a monocultura do conhecimento e inaugurando possibilidades de transformação social que respeitem a singularidade de cada sujeito e a complexidade dos

vínculos que nos constituem. Dessa forma, que possamos rasurar a escrita colonial embebida em brutalidade e compartilhar letras coloridas de liberdade e esperança.

Referências

- Adorno, T. W. (2003). Educação e emancipação. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Almeida, J. R. M.; Mota, D. S. (2019). Huxley, Orwell e a realização das distopias no Brasil. *Revista Lutas Sociais*, v.23, Andrade, C. S. de, & Domingues, P. (2023). Decolonialidade e a Teologia Negra no Brasil: o lugar afrodiaspórico no projeto decolonial. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, 13(2), 539–564. doi: <https://doi.org/10.14244/contemp.v13i2.1143>
- Brandão, C. R. (2007). O que é educação (49a reimpr.). São Paulo, SP: Brasiliense. (Original publicado em 1981)
- Butler, J. (2015). Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto? (S. T. de N. Limarão & A. M. da Cunha, trads.). Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira. (Original publicado em 2009)
- Castro, E. V. de. (2020). Perguntas inquietantes. In A. Krenak, *Ideias para adiar o fim do mundo* (pp. 73–84). São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Fanon, F. (2021). Escritos políticos (M. Stahel, trad.). São Paulo, SP: Boitempo. (Original publicado entre 1957–1960)
- Faustino, D. M. (2021). A política dos “escritos políticos” de Fanon. In F. Fanon, *Escritos políticos* (pp. 9–23). São Paulo, SP: Boitempo.
- Foucault, M. (1998). *Microfísica do poder* (R. Machado, trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal. (Original publicado em 1979)
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e punir: História da violência nas prisões* (R. Ramallete, trad., 27a ed.). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1975)
- Freire, P. (2002). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra. (Original publicado em 1996)

- Goergen, P. L. (2019). Cultura e formação: a ideia de formação humana na sociedade contemporânea. *Pro-Posições*, 30, 1–21. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2017-0193>
- Grosfoguel, R. (2018). Para uma visão decolonial da crise civilizatória e dos paradigmas da esquerda ocidentalizada. In J. Bernardino-Costa, N. Maldonado-Torres, & R. Grosfoguel (Orgs.), *Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico* (pp. 62–88). Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora.
- Hall, S. (2016). *Cultura e representação* (D. Miranda & W. Oliveira, trads.). Rio de Janeiro, RJ: Editora PUC-Rio. (Original publicado em 1997)
- Han, B.-C. (2019). *O que é poder?* (G. S. Philipson, trad.). Petrópolis, RJ: Editora Vozes. (Original publicado em 2005)
- Han, B.-C. (2022). *Infocracia: digitalização e a crise da democracia* (G. S. Philipson, trad.). Petrópolis, RJ: Editora Vozes. (Original publicado em 2021)
- Krenak, A. (2020). *O amanhã não está à venda*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Krenak, A. (2021). Sobre a reciprocidade e a capacidade de juntar mundo. In A. Krenak, H. Silvestre, & B. de S. Santos (Orgs.), *O sistema e o antissistema: três ensaios, três mundos no mesmo mundo* (pp. 63–78). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Laval, C. (2004). *A escola não é uma empresa: o neo-liberalismo em ataque ao ensino público*. Londrina, PR: Editora Planta.
- Libâneo, J. C. (2005). As teorias pedagógicas modernas revisitadas pelo debate contemporâneo na educação. In J. C. Libâneo & A. Santos (Orgs.), *Educação na era do conhecimento em rede e transdisciplinaridade* (pp. 19–62). Campinas, SP: Alínea.
- Lima, A. B. (2015). Considerações teórico-metodológicas acerca de uma psicologia social localizada nos cotidianos. In R. Heloani, R. M. B. de Souza, & R. R. J. Rodrigues (Orgs.), *Sociedade em Transformação: estudo das relações entre trabalho, saúde e subjetividade* (Vol. 2, pp. 59–72). Londrina, PR: Eduel.
- Luckesi, C. C. (1994). *Filosofia da Educação* (14a. reimp.). São Paulo, SP: Editora Cortez. (Original publicado em 1990)

- Mansano, S. R. V. (2009). *Sorria, você está sendo controlado: resistência e poder na sociedade do controle*. São Paulo, SP: Summus.
- Mansano, S. R. V. (2012). Ódio e ressentimento: as vítimas do amor romântico. In A. Naffah Neto & S. R. V. Mansano (Orgs.), *Paixões tristes: retratos contemporâneos* (pp. 107–117). São Paulo, SP: Via Lettera.
- Mansano, S. R. V., & Lima, A. B. (2017). É melhor viver do que ser feliz: felicidade, idealização e consumo. *Revista Espaço Acadêmico*, 17(193), 78–91. Recuperado de <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/33888>
- Mészáros, I. (2005). *A educação para além do capital* (I. Tavares, trad.). São Paulo, SP: Boitempo.
- Miglievich-Ribeiro, A. M., & Dos Prazeres, L. L. G. (2015). A produção da subalternidade sob a ótica pós-colonial (e decolonial): algumas leituras. *Temáticas*, 23(45), 25–52. doi: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v23i45/46.11100>
- Quijano, A. (2009). Colonialidade do poder e classificação social. In B. de S. Santos & M. P. Menezes (Orgs.), *Epistemologias do Sul* (pp. 73–117). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Rodrigues, M. S. (2022). Somos religião e subjetividade. In A. B. dos Santos, M. S. Rodrigues, L. Rufino, & A. Mumbuca (Orgs.), *Quatro Cantos* (pp. 53–65). São Paulo, SP: N-1 Edições.
- Rodrigues, N. (2001). Educação: da formação humana à construção do sujeito ético. *Educação & Sociedade*, 22(76), 232–257. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302001000300013>
- Rufino, L. (2023). *Ponta-cabeça: educação, jogo de corpo e outras mandingas*. Rio de Janeiro, RJ: Mórula.
- Saviani, D. (2011). *Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações* (11a. ed. rev.). Campinas, SP: Autores Associados. (Original publicado em 1991)
- Silva, R. B. (2015a). Autonomia e educação: reflexões e tensões nos caminhos para a formação humana. *CONJECTURA: filosofia e educação*, 20(1), 38–50. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/401612>

- Silva, R. B. (2015b). Criticidade, sensibilidade e educação: notas sobre experiência na contemporaneidade. *Revista Espaço Acadêmico*, 14(169), 14–22. Recuperado de <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/27709>
- Silvestre, H. (2021). Alianças antissistema: varrer as ruínas e adiar o fim dos mundos. In A. Krenak, H. Silvestre, & B. de S. Santos (Orgs.), *O sistema e o antissistema: três ensaios, três mundos no mesmo mundo* (pp. 39–61). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Virilio, P. (1996). *A arte do motor* (P. R. Pires, trad.). São Paulo, SP: Estação Liberdade. (Original publicado em 1993).

O corpo que dança e a produção de subjetividades: ensaiando caminhos

*Vanessa Jesus Riga
Eneida Santiago*

Introdução

Ao iniciar a escrita deste texto, algumas questões se impõem. Imaginamos que, para os leitores, será importante esclarecer sobre o que estamos tratando aqui. Primeiramente, ao pensar sobre dança, o que lhe vem à cabeça? Grandes espetáculos em teatros? Intervenções em espaços públicos? A quadrilha em festa de São João? Sim, a dança atravessa todos esses espaços.

Entretanto, neste capítulo, interessa-nos observar a repercussão que o ato de dançar pode vir a ter sobre o corpo que dança. Para fundamentar esta escrita, os autores e autoras escolhidas dialogam, principalmente, com os estilos de dança moderna e contemporânea. Visto que, nestes contextos, é possível estabelecer um diálogo mais próximo à proposta desta escrita.

A história da dança é ligada à história da humanidade e representada na arte rupestre, é uma importante ferramenta para compreender essa relação. A interpretação dos desenhos evidencia a representação do dançar junto a atividades cotidianas e elementos da natureza (Magalhães, 2005).

A dança foi inicialmente utilizada em cerimônias sagradas, como um espaço de ligação entre o sagrado e o humano e a partir da formação de civilizações o dançar passa a ser um elemento singular de cada cultura (Faro, 1986). Faro (1986) delinea o trajeto da dança na humanidade a partir dos seguintes espaços: do templo para a aldeia, depois para a igreja, a praça que segue para os salões da nobreza e por fim os palcos.

A incidência nos palcos aproxima a dança de um ideal técnico e estético. Sendo o balé clássico, uma importante ferramenta para o desenvolvimento da dança em seu aspecto técnico e acadêmico nesse

momento, contudo, a partir da virada de século, a dança incorporou outros métodos como a dança moderna e a dança jazz (Faro, 1986).

Essas outras modalidades possibilitam pensar um espaço mais aberto para que sentimentos, emoções e o corpo constituam o exercício ou a coreografia. A rigidez estética e técnica é suplantada por outras propostas, que surgem e repercutem de maneiras distintas em cada corpo. Dessa forma, ampliam o campo de experimentação e contribuem para um diálogo mais sensível com o sentir e o expressar do corpo.

Segundo Faro (1986), a dança moderna é marcada por um dançar que agencia os sentimentos e expressões dos bailarinos, descentralizando o papel da técnica. Também, neste movimento, retoma-se os primórdios do dançar como um lugar que não mais preza pela criação artificial, mas sim, traduz e externaliza as vivências no mundo interior e exterior. Desse modo, o dançar transcende a reprodução de movimentos, o bailarino-intérprete tem um papel central no significado de cada passo.

Assim, uma diferença significativa entre o ensino do balé clássico e a dança moderna compreende nos exercícios trabalhados nas aulas. Na primeira o ensino é bastante codificado, como uma programação copiar e repetir, enquanto na segunda, são trabalhados exercícios livres para que se possa surgir o estilo de cada intérprete a partir do que lhe é apresentado (Faro,1986).

Ainda segundo o autor, a dança contemporânea compreende tudo aquilo que é realizado no campo da dança nos tempos atuais, desde a virada do século. Contudo, isso não significa que seja algo completamente inédito; ela diz respeito ao que é feito hoje e não, obrigatoriamente, algo novo.

Quando falamos de dança contemporânea, estamos falando de diversidade, pluralidade, instabilidade, transdisciplinaridade, ou seja, trata-se de uma dança que tem transitoriedade e se transforma com o tempo (Miller, 2012, p. 29).

A dança que destacamos no decorrer desse texto também poderá, por vezes, dialogar com a educação somática, que para Miller (2012), compreende técnicas corporais em que se prioriza uma relação ativa do participante com o seu corpo, e seu protagonismo da percepção e autorregulação das dimensões física, psíquica e emocional.

Como um primeiro momento, gostaríamos de apresentar algumas propostas assinadas pelo pesquisador na área da dança e filósofo português José Gil, que reflete sobre o que é uma coreografia e o que é um ensaio coreográfico, onde o bailarino se encaixa nesses contextos e como se produz dança neste emaranhado de possibilidades. Para ele, a coreografia seria “[...] um conjunto de movimentos que possui um nexo” (Gil, 2001, p. 81). Isto é, encontra em si mesma a sua lógica.

O ensaio coreográfico, por sua vez, é o momento em que o bailarino se aproxima da coreografia, compreende seus movimentos e os reproduz. No entanto, o autor chama atenção para as múltiplas possibilidades de movimento que emergem a cada ensaio. Ou seja, embora tenham como base a coreografia, não se esgotam nela. Assim, com essas novas possibilidades, o bailarino ocupa um lugar de reinvenção da movimentação a partir de seu próprio corpo, e, portanto, pode decidir o destino de energia que dará a cada movimento: será mais intenso? Atenuado? Acelerado? (Gil, 2001).

Ainda que haja uma lógica a partir da qual se cria a coreografia, quando é colocada em contato com o corpo do bailarino, ela pode tomar diferentes rumos, mesmo que imperceptíveis. Portanto, Gil (2001) defende que seria em vão pensar na descrição de uma dança em um esforço de compreender todos os seus sentidos, ou pensar que pode ser completamente traduzida a partir de palavras e pensamentos.

Assim, a proposta deste texto é explorar o corpo que dança enquanto agenciador de novos modos de existir. Para isso, buscamos articular a psicologia social, como suporte teórico para a compreensão da produção de subjetividade e de suas relações com o corpo que dança.

Caminhos da subjetividade

Para iniciar a discussão, tomaremos como primeiro ponto a compreensão do que se entende por subjetividade, compondo um caminho que se articula com a dança e a arte como importantes alicerces. Desse modo, a discussão se inicia pelos afetos concretos que emergem dos encontros com a arte e a dança, para, em seguida, teorizar sobre como esses afetos sustentam a construção de subjetividade proposta neste capítulo.

Em comemoração aos 50 anos do curso de Artes Visuais da Universidade Estadual de Londrina, foi inaugurada a exposição “Músculo” na Divisão de Artes Plásticas (DAP) de Londrina, pela curadoria de Danillo Villa, Fábio Jesus e Isabella Maria Pícolo. A premissa da mostra é uma composição das vivências e encontros que atravessaram os corpos dos ex-estudantes do curso, culminando nas obras reunidas para esta exposição (Divisão de Artes Plásticas UEL, 2025).

A visita à exposição foi precursora de bons encontros, um em específico, ressoa na escrita desse texto. Isabella Maria Pícolo é professora e artista visual pela Universidade Estadual de Londrina, e foi a criadora, editora e intérprete do vídeo-obra “Eu era ao longe” (2023)¹.

Figura 1 - Cena do vídeo “Eu era ao longe”



Nota. Fonte: “Eu era ao longe” (Pícolo, 2023).

¹ Isabella Maria Pícolo foi auxiliada na captação das imagens pelo professor, artista e quadrinista Guilherme E Silva, que também assina a autoria de uma das músicas utilizadas na obra.

Figura 2 - Cena do vídeo “Eu era ao longe”



Nota. Fonte: “Eu era ao longe” (Píccolo, 2023).

As cenas da obra apresentam um corpo que se movimenta em cenários distintos. Um deles retrata o ambiente urbano, em que a intérprete está no topo de um prédio, localizado na região central da cidade de Londrina. O outro cenário ocupa um espaço rural, e a intérprete agora dança em contato com a terra e não mais com o concreto. No decorrer das cenas e da música que perpassa a trajetória, a obra nos leva a acompanhar as relações do corpo em movimento com os espaços que ocupa, nos deixando afetar pelo que vemos e ouvimos.

E desse modo, observamos que a potência de um corpo que dança expõe muito do que, nas palavras, não se faz possível. Como já mencionado anteriormente, a partir das palavras de Gil (2001), o sentido do dançar não se traduz em palavras. Ao explorar o corpo junto aos espaços, na cidade ou na zona rural, o corpo-intérprete se engendra quase que completamente pelos espaços que habita, de modo que, em certos momentos, parecem um mesmo ser. Desse modo, a obra converge com o que para Miller (2010) é o estado da dança:

Exploramos a repetição sensível, isto é, o mapa estrutural da cena pode ser o mesmo, mas a viagem é sempre única. É a desconstrução do habitual mover-se para a construção do instante dançante. O movimento

aparece como vetor de emoções, não a emoção criada, narrada, interpretada e representada, mas a emoção como consequência das memórias e sensações que se instauram e instabilizam o corpo em moção. É um estado de dança (Miller, 2010, p. 100).

Ao pensar o corpo que dança a partir de uma ótica sensível, Miller (2010) amplia a possibilidade de sensações, significados e imagens que dele emergem. E é, portanto, a partir deste corpo sensível, atravessado por suas vivências, que o artista se permite criar a cena, pautado nas suas experiências, evidenciando um corpo que é “vestido de seus vestígios” (Miller, 2010, p. 96).

Ademais, a autora destaca que o corpo também se constitui por meio de suas relações com o espaço, com outros corpos, ou seja, com o todo que o envolve, e assim é capaz de tecer uma rede de percepções. Essa perspectiva converge com o que Gil (2001), entende por corpo sensível, composto pelo corpo que é percebido e pelo corpo vivido.

A ótica do sensível proposta por Miller (2010) e a obra de Pícolo (2023), dialogam com a compreensão de “subjetividade do artista” (Rolnik, 1997, p. 3), que por vezes se diferencia das demais subjetividades. A subjetividade do artista, para Rolnik (1997), compreende uma força do artista que resiste à desestabilidade provocada por aquilo que pode vir a ser, ou seja, o inusitado. A agitação do corpo frente a percepção e a sensação do que é estranho. Para o artista, o desassossego provocado no corpo diante do fluxo de composições da subjetividade é o que lhe impulsiona para a produção de uma obra.

Ou seja, a subjetividade do artista compreende um processo fluido e mais resistente à desestabilização provocada pelo corpo sensível e que converge em potência de criação. “É na obra que o artista materializa o diagrama que sente vibrar em sua pele, sem por isso corporificá-lo necessariamente em alguma nova figura de sua subjetividade, a qual, diga-se de passagem, pode ser das mais travadas” (Rolnik, 1997, p. 3).

Ainda sobre a compreensão de subjetividade proposta pela autora, defende que esta vai além do “perfil de um modo de ser” (Rolnik, 1997, p. 1). A subjetividade se aproxima de algo que, a partir do contato com o que está fora, cria-se um ser interior diferente do exterior. Ademais, reconhece a relevância dos diferentes contextos (profissional, cultural, político...) para a produção de subjetividade, mas afirma que são forças constantes que podem, por vezes, se misturar ou se afastar.

Essa dinâmica, para a autora, compõem a subjetividade, o que a reafirma como algo em composição e não estático. O dentro e o fora, o externo e o interno, não são apenas espaços, mas “[...] o dentro detém o fora e o fora desmancha o dentro” (Rolnik, 1997, p. 2), sendo, portanto, indissociáveis e complementares.

Vejamus como: o dentro é uma desintensificação do movimento das forças do fora cristalizadas temporariamente num determinado diagrama que ganha corpo numa figura com seu microcosmo; o fora é uma permanente agitação de forças que acaba desfazendo a dobra e seu dentro, diluindo a figura atual da subjetividade até que outra se profile (Rolnik, 1997. p. 2).

A proposta da autora, ao defender a produção de subjetividade como um processo mediado pelo interno e externo ao ser, evidencia a importância de um olhar ampliado e sensível ao diálogo constante entre o dentro e o fora, e se aproxima do que para Ferracini e Reis (2016) é o “fazer em dança” (p. 129). Em consonância com esta perspectiva, Reis, Liberman e Carvalho (2015) defendem o dançar como uma prática que permite um olhar ampliado e promove ações através das sutilezas, percepções, sensações, afetos e vontades.

Essa perspectiva sobre um olhar ampliado e sensível se assemelha ao que Suely Rolnik (2002) compreende por “corpo vibrátil” (Rolnik, 2002, p. 44). Para a autora se trata de uma outra percepção do mundo que se movimenta para além do pragmático, da memória, da inteligência e dos sentimentos. É algo que se capta para além da percepção e perpassa em uma dimensão diferente da subjetividade a qual estamos acostumados.

O “corpo vibrátil” (Rolnik, 2002, p. 44), se aproxima de uma sensação, que afeta para além do sentir, tendo em vista que ela não nos é palatável, é desconhecida e nos causa estranheza, por esse motivo tendemos a necessidade de decifrá-la. E para isso, inventamos um signo que a exemplifica, ao invés de explicar ou interpretar tal sensação. Para Rolnik (2002) a função de um artista ou de sua obra de arte seria decifrar essas sensações que lhes são captadas através desse “corpo vibrátil” (Rolnik, 2002, p. 44).

A arte participa da decifração dos signos das mutações sensíveis, inventando formas pelas quais tais signos ganham visibilidade e integram-se ao mapa vigente. A arte é, portanto, uma prática de experimentação que participa da transformação do mundo (Rolnik, 2002)

No Ocidente, emergiram práticas clínicas, como a psicanálise e a psiquiatria, que utilizam da subjetividade como um campo de atuação. Estas práticas marcaram um período em que uma dimensão que, anteriormente, caminharía com o mundo e a vida coletiva passa a ser capturada e, supostamente, “cuidada”. Esse suposto cuidar pressupõe a unificação das vivências dos corpos, de modo que estes se adaptem às exigências de uma determinada realidade. Desse modo, tais práticas clínicas teriam como foco de atuação dar conta das consequências do sujeito moderno (Rolnik, 2002).

Esse sujeito moderno compreende modos de vida que funcionam a partir do que se entende por ser útil, ou seja, a partir de uma leitura foucaultiana, o corpo é constituído por um amontoado de acontecimentos historicamente marcados e está em um processo contínuo de movimento, sendo constantemente atravessado por técnicas de exploração e resistência (Mendes, 2006; Fonseca, 2004; Magalhães & Ribeiro, 2019). O conjunto de métodos que operam a partir de um controle minucioso do corpo é designado por Foucault (1999) como disciplina, processo responsável por fabricar e moldar corpos dóceis e obedientes. Na

[...] política do desejo, que consiste na redução da subjetividade à dimensão psicológica e racional e no banimento de sua dimensão estética, o que fica excluído é nada mais, nada menos, do que sua participação no processo de criação e transformação da existência (Rolnik, 2002, p. 49).

Suely Rolnik (2002), questiona a patologização das subjetividades e defende que esta se trata de um processo de interrupção da potência de criação. Isso ocorre porque o eu, dessa maneira, se coloca cada vez mais na tarefa de interpretação das sensações produzidas pelo “corpo vibrátil” (Rolnik, 2002, p. 44).

Para a autora, a prática clínica deveria, portanto, refinar os caminhos para que o “corpo vibrátil” (Rolnik, 2002, p. 44) tenha espaço de produção no eu, sustentando a subjetividade para além do que se espera do sujeito moderno, utilitário, pragmático. “Isto tornaria a clínica indissociável da crítica, como reativação da força que problematiza e transforma a realidade, possibilidade aberta de invenção de devires” (Rolnik, 2002, p. 51).

Agora, com o caminho da subjetividade já traçado, podemos pensar com maior propriedade sobre quais são os possíveis encontros entre o dançar e a subjetividade, ou seja, como a dança pode se propor

como um caminho para sua produção. O que se entende por dança, a origem do dançar e de quais formas o corpo pode ser um espaço para a construção e reconstrução subjetiva, são importantes questões centrais que serão desenvolvidas em seguida.

A subjetividade e a dança em com(o)um caminho

Magalhães (2005) ressalta que a prática da dança pode ser constatada mesmo em registros pré-históricos. Essa modalidade de movimento corporal torna possíveis as manifestações do ser humano em seus inúmeros aspectos – do cultural ao religioso – perfazendo, assim, uma importante ferramenta para a compreensão da vivência humana, desde os seus primórdios.

A dança sempre esteve presente na sociedade, sendo utilizada para diversos fins, tais como a comunicação e a locomoção. Mesmo que de maneira acidental e pautada no improviso, o ser humano é conduzido pelo movimento e, com o tempo, passa a utilizá-lo para expressar suas emoções (Oliveira, Santos, Rodrigues & Silva, 2020).

Além disso, Ossoona (1988) propõe o impulso de dançar advém da necessidade interior de expressão de sentimentos como alegria, tristeza e medo, que estão intimamente relacionados com necessidades básicas, como alimento, abrigo e defesa.

Reis, Liberman e Carvalho (2018) enxergam a prática da dança como uma possibilidade de construção em conjunto, de habitação de fronteiras, de aproximação com o corpo e de possibilitá-lo a encontros e composições. Nesse sentido, a dança pode ser pensada como uma possibilidade de escuta do corpo, propondo uma formulação e reformulação de suas percepções e ainda das relações com outros corpos e com o meio que os envolvem (Tirintan & Oliveira, 2021).

A partir desta perspectiva, e ao considerarmos a construção dos movimentos a partir dos afetos e suas relações, encontramos um nome bastante representativo: Pina Bausch. A dançarina e coreógrafa, expoente da dança-teatro, destacou-se por registrar tudo o que atravessa o universo humano, do cotidiano aos sentimentos.

O momento inicial do seu processo de criação envolvia perguntas direcionadas aos bailarinos-intérpretes, a partir dessas perguntas, eles respondiam com o movimento e compunham pequenas cenas. Os

bailarinos, portanto, eram convidados a revisitar as suas vidas, memórias e afetos (Campos, 2017).

A coreógrafa expunha o corpo simultaneamente como origem do estímulo e veículo de expressão das pulsões, atravessado pela fantasia, carregado de memória e de linguagem. O movimento em suas peças é explorado no seu pleno potencial de comunicação, conferindo às imagens a capacidade de gerar múltiplos sentidos (Campos, 2017, p.117).

A obra de Pina Bausch ilustra, de forma significativa, como a dança-teatro se estabelece como um espaço de agenciamento da subjetividade, transformando as vivências, memórias e afetos do intérprete no cerne da composição. Essa abordagem reforça o papel da dança como um laboratório de (re)criação do ser e das suas relações com o mundo, preparando o terreno para a discussão das intervenções concretas.

Nesse sentido, ao propor intervenções que buscam caminhos pautados na autonomia do sujeito, como alguém que é capaz de compor sua própria subjetividade, destaca-se o corpo como um lugar de aprendizado. Quando colocado em uma posição de escuta e protagonismo, o corpo pode ser uma importante ferramenta para a compreensão e produção de modos de existir e interpretar o mundo.

Um caminho já traçado

Reis, Liberman e Carvalho (2015; 2018), propõem uma possibilidade de diálogo entre a dança e a psicologia, concretizada em um dispositivo de saúde pública na cidade de Campinas. A proposta consistia em uma intervenção grupal que utilizava a dança como fio condutor da oficina e da experimentação corporal dos participantes. Era um espaço para que o usuário ocupasse um lugar para além do “paciente”, mas também de agente protagonista do seu processo de saúde.

Entre os anos de 2009 e 2012, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) na cidade de Campinas, São Paulo, foi palco de uma intervenção grupal que tinha por objetivo propor uma experimentação do corpo a partir do movimento. A intervenção foi proposta pela psicóloga do serviço e composta por encontros semanais com a duração de uma hora e trinta minutos. O espaço foi aberto aos usuários do serviço, mas também participaram da oficina tanto como condutores de práticas

quanto como participantes, os profissionais membros da equipe do serviço, residentes e estagiários do local.

A dinâmica do trabalho interventivo englobava diversas atividades que conversam com a práticas da dança contemporânea, como jogos de improviso e relacionais, exercícios direcionados, propostas de relaxamento corporal. Tais propostas sempre eram direcionadas para propor um estado de atenção aos limites e potenciais de cada corpo. Ademais, buscava-se acessar as possibilidades de relações entre os corpos que frequentam aquele espaço, gerando conexões e territórios de experimentação individual e inter-relacional.

Para o acompanhamento do processo foram propostas duas ferramentas, o “Diário de Bordo” e o “Diário de Implicação”. O primeiro seria construído pelos participantes da oficina em que poderiam registrar as suas percepções, sentimentos, vontades e memórias que surgiram a partir de cada encontro. A forma de registro poderia ser diversa composta por escrita, desenhos ou palavras desconexas. O segundo seria o registro das condutoras da intervenção, onde registravam como seriam os exercícios realizados nos encontros além de como se sentiram durante a intervenção, suas inquietações e sensações.

Para a metodologia de intervenção, que se utilizava da cartografia na composição do trabalho, os diários de campo foram importantes dispositivos para cartografar as experiências. Uma vez que, a partir deles, seria possível compreender o sentido do processo, os sentimentos que perpassavam o percurso e as linhas que o compunham. Era um espaço para “[...] acessarem materialidades das coisas vividas e dos inomináveis processos que se abrem nessas danças” (Reis, Liberman e Carvalho, 2015, p. 276).

A partir desta proposta de intervenção, realizada em um dispositivo de saúde que é atravessado pelas linhas duras da burocracia, mas também pela potência de um serviço de saúde mental que dialoga com a luta antimanicomial. A partir da experiência, os autores refletem sobre a dança como uma possibilidade de desterritorializar o *modus operandi* institucional. Além de repensar as relações afetivas e encontros entre trabalhadores e usuários por meio de um dançar que rompe com a normatividade e abre espaço para o desviante, trazendo as relações e suas nuances como o centro do trabalho a ser desenvolvido.

A proposta interventiva dialoga com o que Dantas (1997) compreende como a aprendizagem da dança, como resultado de uma experiência coletiva ou da observação de movimentos executados por um grupo, sem que, necessariamente, tenha ocorrido o processo de ensinar os passos da dança. Isso porque, a partir da compreensão dos movimentos, seja por via da execução ou da observação, o corpo dançante se adequa às suas experiências particulares e às técnicas pessoais, reinventando o dançar a partir de suas próprias percepções.

Ademais, converge com Reis e Ferracini (2016) que defendem que ao abarcar a esfera psíquica e subjetiva a partir da dança, abre-se espaço para outros modos de viver e se relacionar. Por meio da desconstrução do que se é habitual ao corpo e do acesso ao que se é sensível, torna-se possível recuperar territórios subjetivos outrora apagados.

Pensando caminhos futuros

Ao longo desta escrita, foi possível traçar alguns caminhos entre o corpo que dança, o corpo do artista e a produção de subjetividade. A partir da compreensão de um dançar cujos significados, por vezes, não se expressam por meio de palavras ou pensamentos (Gil 2001), e com um olhar mais amplo e sensível, torna-se possível (re)significar aquilo que se reverbera a partir do dançar.

Ao esboçar uma trajetória teórica fundamentada na psicologia social, abre-se um campo de possibilidades de diálogos entre o corpo que dança e a repercussão da subjetividade, como proposto por Suely Rolnik (1997; 2002) na composição da subjetividade e na ideia de subjetividade do artista. A partir desta compreensão, o corpo que dança se revela também como potência e ferramenta de trabalho.

A proposta de intervenção grupal (Reis, Liberman & Carvalho, 2015; 2018), que utiliza da dança como importante ferramenta para a habitação de fronteiras, abertura ao desviante, protagonismo do usuário e composição de linhas e relações entre os diferentes corpos que habitam o espaço, constitui-se em uma potência para pensar sobre o corpo que dança e a sua potência de criação de modos de existir, de compor e de produzir subjetividades. Bem como a compreensão sobre a importância da relação entre os corpos e a potência dos encontros para a construção de modos de vida.

Trabalhar as mesmas questões e os mesmos tópicos corporais com profissionais e estudantes das artes cênicas, da saúde, da educação e com diversos outros profissionais liberais enriquece a vivência de todos pelo fato de cada indivíduo ter de deslocar a atenção do seu nicho de interesse e, com isso, perceber as diferentes formas de entender o corpo e o movimento (Miller, 2012, p. 44).

O percurso deste texto revela que ainda há um longo percurso de estudo para a construção de um diálogo mais aprofundado sobre esta temática. Por este motivo, torna-se relevante o desenvolvimento de estudos com o objetivo de aprofundar a compreensão do uso da dança como uma possibilidade de ferramenta de trabalho que potencializa a produção de subjetividades. E finalmente, destacamos o papel dos psicólogos e psicólogas na construção desse caminho.

Referências

- Campos, M. R. B. (2017). Recordar, repetir, criar: a dança-teatro de Pina Bausch. *Ide* (São Paulo), 40 (64), 117-128. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062017000200010&lng=pt&nrm=iso
- Dantas, M. F. (1997). Movimento: Matéria-prima e visibilidade da dança. *Movimento*, 4 (6), 51-60. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.2300>
- Divisão de Artes Plásticas UEL (@daplondrina). (2025, 19 de Abril). “No dia 24, próxima quinta, celebrando os 50 anos do curso de Artes Visuais da Uel, abriremos a exposição (músculo) [Foto] Instagram. <https://www.instagram.com/p/DIoXupQxLcb/?igsh=MXJ0N2NxZWNzMjlsbw==>
- Faro, A. J. (1986). Pequena história da dança. Zahar.
- Ferracini, R., Reis, B. M. (2016). Dança e saúde mental: Ações de potência. *Art Research Journal*, 3 (1), 129-141. <https://doi.org/10.36025/arj.v3i1.7849>
- Fonseca, A. C. M. (2004). Poder e corpo em Foucault: qual corpo? *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 4 (2), 94-103. <https://periodicos.ufc.br/nomos/article/view/1335>

- Foucault, M. (1999). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Trad. Raquel Ramallete. 20. ed. Vozes.
- Gil, J. (2001). *Movimento total: O corpo e a dança*. Trad. M. S. Pereira. Relógio D'Água.
- Magalhães, J. C., Ribeiro, P. R. C. (2019). Saberes e (in)visibilidades dos corpos trans nos espaços educativos. *Ensino em Re-Vista*, 26 (1), 121–146. <https://doi.org/10.14393/er-v26n1a2019-6>
- Mendes, C. L. (2006). O corpo em Foucault: superfície de disciplinamento e governo. *Revista de Ciências Humanas*, (39), 167–181. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/17993/16941>
- Miller, J. C. (2010). Estado de Dança. In: Miller, J. C. Qual é o corpo que dança? Dança e Educação Somática para a construção de um corpo cênico [Tese de doutorado, Unicamp]. <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/615937>
- Miller, J. C. (2012). Qual é o corpo que dança? Dança e educação somática para adultos e crianças. Summus Editorial.
- Oliveira, M. P. S., Santos, E. V., Rodrigues, M. R. S.; Silva, L. A. (2020). Dança e saúde: discutindo os principais benefícios da dança nos aspectos psicológicos em mulheres. *RESCX*, 2, 35-42. <https://periodicos.uepa.br/index.php/rescx/article/view/2737>
- Ossona, P. (1988). *A educação pela dança*. 6. ed. Summus Editorial.
- Pícolo, I. M. (2023). Eu era ao longe [Vídeo]. Exposição Músculo – DAP/UEL, Londrina, PR. Disponível em: https://1drv.ms/v/s!AvUq-0d0Wgpggh9MlvJ854iWB_4-kUw?e=lncfUy
- Reis, B. M., Liberman, F., Carvalho, S. R. (2015). Linhas de um fazer entre corpos: a cartografia, a dança, a clínica e uma experiência de pesquisa. *ILINX: Revista do Lume*, (2), 1-17. <https://orion.nics.unicamp.br/index.php/lume/article/view/337>
- Reis, B. M., Liberman, F., Carvalho, S. R. (2018). Das inquietações ao movimento: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a clínica é uma dança. *Interface (Botucatu)*, 22 (64), 275-284. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0448>

- Rolnik, S. (1997). Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura. In: LINS, Daniel S. (Org.). Cultura e subjetividade: saberes nômades. Papirus.
- Rolnik, S. (2002). Subjetividade em obra: Lygia Clark, artista contemporânea. Disponível em <https://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Subjemobra.pdf>
- Tirintan, M. M., Oliveira, R. C. (2021). Os impactos da experiência da dança em sua relação com a saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 31 (4). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310410>

Eixo II -
**Clínica, Formação e Práticas em
Psicologia**

A clínica psicanalítica antes e depois da pandemia da covid-19: emergência do *setting* virtual

Felipe de Souza Barbeiro

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

Introdução

O presente estudo aborda reflexões a respeito do *setting* virtual na clínica psicanalítica, as quais se iniciaram com a realização da dissertação de Mestrado do primeiro autor, orientada pela segunda autora (Barbeiro, 2019). Nela, foram entrevistados psicanalistas - membros da Sociedade Brasileira de Psicanálise, de dois estados brasileiros, com, no mínimo, 25 anos de atuação em clínica – a respeito do uso de tecnologias de informação e comunicação nesse contexto. Convém ressaltar que a coleta de dados para a dissertação foi realizada antes da ocorrência da pandemia covid-19, que assolou o mundo.

Com o intuito de convidar o leitor a refletir sobre o tema, são apresentadas algumas considerações a respeito da comunicação, especialmente na psicanálise, a partir de pesquisas realizadas durante a construção da dissertação. Posteriormente, seguem algumas reflexões sobre o assunto, considerando o período pós-pandemia da covid-19.

A comunicação é um fator essencial para o ser humano e começa a ser desenvolvida muito antes da aquisição da linguagem verbal e formal. Nas relações, expressões não verbais apresentam-se como aspectos que revelam as singularidades dos indivíduos, tais como os gestos, expressões faciais, silêncios e a linguagem (Porto & Motta, 2024). As autoras destacam que, na interlocução, além das mensagens conscientes, há o conteúdo oculto, transmitido inconscientemente, de modo subliminar. Esta última condição é de grande interesse para a psicanálise.

Winnicott (1963/1983) ressalta a importância de que o recém-nascido tenha suas necessidades compreendidas por alguém, para que, assim, ele desenvolva espontaneamente a sensação de existência individual e no mundo, por meio de uma experiência compartilhada de si mesmo. Isso se inicia quando o bebê sequer possui um ego desenvolvido capaz de entender suas próprias carências e explicitá-las ao cuidador, apresentando o caráter pluridimensional da comunicação. Inclusive, o autor sugere que a base para o desenvolvimento egoico é essa interlocução, que ocorre ao emergir uma área intermediária cultural. A primeira comunicação é implícita e inconsciente, permeada por objetos subjetivos que, depois, passam a ser percebidos objetivamente devido à relação com o mundo externo.

Novas formas de comunicação foram surgindo ao longo do tempo e as tecnologias disponíveis em cada época se desenvolveram, buscando facilitar o modo de interação entre os indivíduos, inclusive através do desenvolvimento da técnica da linguagem. As ações humanas e suas criações tecnológicas são culturais, o que nos permite assimilar a relação dos seres humanos com seu meio, desde o controle do fogo (Freud, 1930/1996) até as invenções mais atuais, como o ambiente digital, denominado por Lévy (1999) de “ciberespaço”, oportunizando a comunicação mais imediata, interativa e fluida.

A virtualidade não é característica restrita aos aparelhos digitais, como os celulares e as redes sociais. O termo é definido por Lévy (1996) como algo criativamente potencial e não estático, que se atualiza no concreto. Portanto, não é oposto de real, mas sim uma extensão dele, um significado desterritorializado e atemporal, bem como os processos mentais e as relações humanas. Tanto a internet atual como os primeiros registros primitivos de escrita na Mesopotâmia, por exemplo, são virtuais, pois são dimensões expressivas das ideias e da mente humana, que transcendem um tempo e um espaço, e não algo à parte (Lévy, 1996).

Antes de serem o que conhecemos hoje - de uso pessoal, compacto e com diversas funções - os computadores, que surgiram em 1945, ocupavam muito espaço e eram utilizados apenas pelos governos para objetivos específicos tais, como a realização de cálculos (Lévy, 1999). Atualmente, os dispositivos estão cada vez menores e mais conectados pela rede de internet. Os avanços das tecnologias de informação e comunicação (TICs) estão presentes no dia a dia e viabilizam o aproveitamento em diversas tarefas, como trocas de mensagens, chamadas

de áudio e de vídeo, execução de músicas e filmes, localização de mapas, atividades bancárias, previsão de tempo, compras, notícias... e psicoterapia (Barbeiro, 2020).

Com a intensificação das relações e experiências humanas mediadas por dispositivos digitais, houve um impacto na subjetividade dos indivíduos, pois surgiram novas formas de comunicação e experiência de existência, despertando, portanto, mudanças nas organizações das sociedades. Segundo Lévy (1996), isso se deve ao fato de que tais aparelhos físicos oferecem um ambiente virtual para significar questões abstratas dos sujeitos. Como no ciberespaço não há discernimento de “aqui e agora” bem estabelecidos, percebemos um corpo social também desterritorializado, com barreiras entre o “eu” e o “não eu” dissolvidas.

O tempo e o espaço evidenciam a relação entre o avanço das tecnologias e a subjetividade humana, deixando de ser grandezas, pois perdem a dimensão de serem mensuradas. A virtualização se apropria de uma significação, pois estas instâncias são desatadas (Lévy, 1996). Se antes era necessário (e, aparentemente, possível) esperar dias para uma correspondência por cartas ou encontrar alguém de outra localidade, atualmente, parece ser difícil aguardar alguns minutos pelo retorno via *WhatsApp* ou o tempo de trânsito até chegar a um destino. Conforme mencionado por Freud (1930/1996), as tecnologias tais como os aviões e o telefone, aproximaram os espaços físicos e temporais distantes. Segundo o autor, as criações tecnológicas têm a função de aliviar o mal-estar decorrente do sentimento de desamparo presente na cultura, com diversas substituições simbólicas que representam uma ou mais perdas.

Todas essas mudanças são percebidas no *setting* analítico de duas formas: acompanhando as transformações das subjetividades dos indivíduos em seus contextos e repensando a prática psicanalítica (Barbeiro & Reis, 2022). O *setting* é caracterizado por um conjunto de atributos que estruturam a sessão psicanalítica, funcionando como um espaço potencial, ou seja, uma área de ilusão (Zimerman, 1999/2007), constituído pela relação analista-paciente, contrato, técnica e manejo, que permitem um enquadramento para o processo terapêutico se desenvolver (Freud, 1913/1996; 1914/1996). Portanto, é um espaço virtual, mesmo que ele se componha fisicamente, ideia amparada pela compreensão de Lévy (1996) acerca da dimensão potencial da virtualidade.

Não obstante os preceitos técnicos serem mantidos, como a associação livre de ideias do paciente e a atenção flutuante do terapeuta, o modo como se dá o trabalho psicanalítico depende do encontro das duas pessoas, por meio da relação transferencial. Racker (1982) afirma que existe um método comum, mas o processo terapêutico está sujeito ao modo como cada profissional trabalha, pois está inserido nos avanços tecnológicos de cada momento do tempo, bem como seus pacientes também estão.

Na atualidade, aplicativos digitais, como o WhatsApp, são utilizados no contexto clínico para comunicação entre psicoterapeuta e paciente, por meio de mensagens escritas assíncronas e até mesmo para a realização de sessões, mediante chamadas de voz ou de vídeo (Barbeiro & Reis, 2021). O próprio criador da psicanálise, Sigmund Freud, e também seus sucessores aproveitaram da virtualidade para se contatarem, conforme as tecnologias disponíveis à época: as cartas.

Conforme detectado, em pesquisa realizada anteriormente pelos autores do presente estudo (Barbeiro & Reis, 2021), Freud trocou correspondências com diversos colegas, como Wilhelm Fliess, Oskar Pfister, Sándor Ferenczi e Carl Gustav Jung, as quais colaboraram para, inclusive, desenvolver os fundamentos teóricos e metodológicos da psicanálise. Também é possível considerar que, em algumas circunstâncias, as cartas funcionavam como uma forma de supervisão a distância. Além disso, também orientou/supervisionou a realização de um atendimento de modo virtual: o caso do pequeno Hans, relativo a uma fobia infantil de origem sexual (Freud, 1909/1996). Este é bastante conhecido no contexto psicanalítico clássico e, na verdade, Freud não o atendeu diretamente. O pai da criança e o psicanalista se comunicavam, frequentemente, por cartas. Assim, Freud indicava suas percepções e orientações e o pai efetuava o manejo com o filho.

Outro acompanhamento psicanalítico exemplar que foi mediado pela virtualidade foi o da Piggie, atendida por Winnicott (1979). A família da criança residia em outra cidade e, portanto, as sessões presenciais aconteciam com hiato de tempo de até três meses. No decorrer dos atendimentos, havia contatos via cartas entre a família e o psicanalista, não apenas como troca de informações, mas como uma forma de estender e continuar o processo analítico. Ambas as situações podem ser consideradas análises virtuais e inovadoras, pois transgridem o *setting*

tradicional, conhecido pela presença de paciente e psicoterapeuta em espaço físico compartilhado por ambos.

Na contemporaneidade, é habitual encontrar psicoterapeutas por meio de redes sociais, como o *Instagram* ou *TikTok*, onde divulgam seus trabalhos e contatos, além de assuntos acerca de sociedade e psicanálise (Barbeiro & Reis, 2021). Se hoje tal difusão ocorre pelas mídias digitais na internet, antes, meritórios psicanalistas também já recorreram aos dispositivos existentes em seus contextos.

Winnicott (1993/1999) proferiu palestras via rádio, convidado pela emissora britânica BBC, entre 1939 e 1962, as quais foram publicadas posteriormente em livros. Mesmo assim, afirmou que não é “na verdade, especialmente favorável à educação para a saúde em moldes massificados” (p. 1), destacando que diz respeito à saúde psicológica e não à saúde física e prevenção de doenças. Isso porque, como destaca o autor, os ouvintes não estão, necessariamente, atentos, mas, muitas vezes, apenas esperando a próxima música. Assim, chama a atenção para não parecer uma doutrinação, como se estivesse falando o que as pessoas devem fazer. O psicanalista pretendia ampliar o alcance do assunto sobre cuidado em saúde psicológica por meio da relação da família com as crianças, com linguagem acessível, aproximando os ouvintes como participantes dos temas (Winnicott, 1993/1999).

A comunicação a distância no meio psicanalítico, portanto, acontece desde os primórdios de seu desenvolvimento, acompanhando as evoluções das tecnologias de cada época. Correspondências por cartas e divulgação massificada via rádio eram meios utilizados por Freud e Winnicott, respectivamente, e, atualmente, mídias digitais via internet são empregadas nas relações entre analistas e pacientes e, também, os profissionais com a população, indicando que dispositivos virtuais fazem parte do trabalho psicanalítico desde o início de sua instituição (Barbeiro & Reis, 2022).

Em uma revisão de literatura realizada anteriormente pelos autores do presente estudo (Barbeiro & Reis, 2020) acerca do uso das tecnologias de informação e comunicação no contexto da clínica psicanalítica, foram encontradas 25 publicações que atendiam aos critérios de inclusão, entre 2001 a 2017. Convém ressaltar que em tal período já havia a intensificação das mídias digitais de forma geral. Entretanto, o uso das tecnologias no contexto da clínica psicológica ainda era restrito, tendo em vista que não

havia ainda a ampliação da autorização pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2018) do uso de meios virtuais para mediar sessões de psicoterapia, tampouco o impacto de uma pandemia. Nos textos levantados naquele estudo, constatou-se que um assunto bastante destacado foi o da análise a distância, sem consenso entre os autores.

Alguns artigos destacavam o potencial da terapia online para ampliar e democratizar o *setting*, por exemplo: possibilitar o acesso à análise em áreas nas quais não há psicanalistas disponíveis, facilitar o alcance a pessoas com dificuldades de locomoção ou idosos, viagens ou até para pacientes muito tímidos (Barbeiro & Reis, 2020). Dessa forma, tal modalidade seguiria o entendimento de desenvolvimento e atualização da técnica psicanalítica, tal como esta ter acrescido o atendimento a psicóticos e famílias por exemplo, e compreendendo que os preceitos psicanalíticos (associação livre, relação transferencial, atenção flutuante e holding) são mantidos mesmo no ambiente virtual, pois o inconsciente - maior interesse da psicanálise - busca e consegue se manifestar (Migone, 2013). Por outro lado, críticas foram mencionadas, tais como dificuldades em alcançar profundidade analítica ou diferenciar um silêncio de uma falha técnica, ausência de sentidos não verbais (cheiro, sons), impossibilidade de acesso a estados mentais primitivos ou psicóticos e quedas de conexão (Barbeiro & Reis, 2020). Convém ressaltar que, embora publicado em 2020, o estudo foi realizado antes da vigência da pandemia da covid-19.

Alguns eventos importantes, que aconteceram após 2018, trouxeram novas concepções para o campo da clínica psicanalítica, tais como: a autorização e ampliação das possibilidades de trabalho psicológico mediado por tecnologias de informação e comunicação pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2018, e o início da pandemia da covid-19, tendo seus efeitos mais acentuados em 2020, quando sucedeu a imposição necessária de isolamento social.

A pandemia impôs uma nova realidade para todos ao redor do mundo, cheia de obstáculos. Houve a necessidade de lidar com uma situação imprevisível, com consequências indeterminadas naquele momento, especialmente devido a um vírus que provocaria risco de morte e um contexto “piorado pela falta de liderança e coesão social” no Brasil (Fontoura et al., 2022, p. 380). Tudo isso impactou tanto a dinâmica do funcionamento psíquico dos indivíduos quanto a criação e/ou incremento de formas alternativas de atendimento psicológico à população.

Os profissionais da área da saúde se sentiram angustiados e incapacitados frente a uma desarticulação em nível subjetivo, como defesa ao sentimento ameaçador de um desamparo primitivo (Fontoura et al., 2022). Os autores evidenciam múltiplos desafios clínicos e subjetivos do período, tais como o esforço de sustentar e favorecer, no sujeito, a capacidade de sentir, refletir e criar diante do traumático; a oferta de um olhar e de uma escuta que funcionem como suporte simbólico; e a necessidade de instrumentalizar o profissional para lidar com uma tarefa até então desconhecida por todos, diante de perdas e mortes marcadas pelo sofrimento. Fontoura et al. (2022) assinalam o uso da internet como possibilidade de ofertar a ética do cuidado em saúde mental, naquele momento.

Oferecer um espaço com o acompanhamento de alguém (o psicanalista), para as emoções surgidas no período de crise sanitária serem repensadas e passíveis de recriações, remete à ideia acerca da capacidade de estar só na presença do outro (Winnicott, 1958/1983), que resgata a importância de um ambiente como suporte à integração do self. Além disso, tal como o *setting* tradicional, o *setting* virtual passou a operar como um espaço potencial (Winnicott, 1975), considerando o fato de se tratar da relação inconsciente entre a díade paciente-psicoterapeuta.

O analista, ao emprestar seu olhar e sua palavra, agora de forma remota, oferece uma função de contenção, aqui considerada como equivalente à função de reverie, conceituada por Bion (1962/1991), permitindo que elementos de angústia e desamparo (elementos beta) possam ser transformados em elementos alfa, passíveis de serem pensados pelo paciente. Esse enquadre psicanalítico visa não apenas à escuta do sofrimento, mas também à sustentação de um espaço potencial (Winnicott, 1975), no qual o paciente possa reencontrar sua criatividade e resgatar sua continuidade de ser.

À época em que a pesquisa/dissertação foi realizada (Barbeiro, 2019), antes da pandemia, os psicanalistas ouvidos ainda utilizavam o telefone fixo em seus trabalhos, mas o aplicativo *WhatsApp* ganhava cada vez mais força como elemento de comunicação. Foi percebida certa cautela ao utilizarem uma tecnologia mais nova, como se o telefone, por ser mais antigo, fosse mais aceito para a clínica tradicional, o que pode apontar para uma certa resistência. Um participante relatou: “Procuro sempre que possível falar por telefone” [...] “Embora o *WhatsApp* tenha sido muito útil”. Além disso, outro entrevistado contou que não oferecia

o número do WhatsApp, mas não negava quando algum paciente o solicitava, como se houvesse uma tentativa de manter o *setting* protegido da invasão tecnológica. Porém, convém ressaltar que o telefone já foi uma novidade e, atualmente, foi intensamente substituído pelo celular conectado à internet a todo momento (Barbeiro, 2019).

A análise a distância foi considerada pelos entrevistados como existente antes da pandemia, porém que apresentava limites e imperfeições, que dificultariam o aprofundamento nas questões inconscientes do paciente (Barbeiro, 2019). Assim, a psicoterapia online seria apenas para um tratamento mais egoico e cotidiano, e menos inconsciente. Os psicanalistas afirmaram que a mediação pela tecnologia poderia impedir a apreensão do clima emocional e das informações sensoriais, como o cheiro, o tom de voz e a respiração do indivíduo, como se o encontro virtual não fosse um encontro humano. Naquele momento, até 2019, a psicoterapia virtual era tratada como uma alternativa apenas para casos específicos, como mudanças de país, manutenção da língua materna e situações de emergência (Barbeiro, 2019).

Os entraves mencionados pelos psicanalistas quanto aos contatos virtuais não se aplicavam em casos graves. Nestes, havia total abertura para comunicações a distância (Barbeiro, 2019). Isto posto, depreende-se que a abertura para os atendimentos online dependeria do sintoma do sujeito e de sua gravidade. No entanto, a pandemia ampliou a noção de emergência, pois o cuidado urgente não era mais pontual, mas sim generalizado.

A relação transferencial, porém, foi mencionada pelos psicanalistas entrevistados da mesma forma no *setting* presencial e no *setting* virtual (Barbeiro, 2019). Neste ponto, afirmaram que a transferência é algo que ocorre pela relação humana, que supera um dispositivo tecnológico. Houve um consenso de que o vínculo essencial entre analista e paciente permanece central e não é alterado por dispositivos externos, pois envolve intimidade e busca de aspectos inconscientes, enfatizando a importância de preservar a relação analítica entre a díade, independentemente do ambiente ser virtual ou não. O trabalho, segundo eles, consiste em conectar o paciente ao seu mundo interno, fazendo relações entre as narrativas expressadas com seus personagens internos (Barbeiro, 2019). Os posicionamentos dos profissionais consultados quanto à transferência vão ao encontro do entendimento de Zimerman (1999/2007), que explica que o fenômeno ocorre virtualmente em todas as relações humanas e, no contexto psicanalítico, é conceituado como todas as maneiras pelas quais

o paciente vivencia e projeta na figura do analista as representações de seus conteúdos psíquicos. É pela relação transferencial que podem ocorrer as interpretações, permitindo a integração dos tempos e dos mundos interno e externo do indivíduo, explica o autor.

Considerando, então, a literatura (Zimmerman, 1999/2007) e as falas dos psicanalistas (Barbeiro, 2019), pode-se observar que havia certa relutância quanto às tecnologias, mesmo quando consideravam que estas não interferem na relação transferencial, pois ela é, de qualquer maneira, virtual, humana e inconsciente. O que se percebe é que a clínica, como sempre, está acolhendo os novos discursos e as novas subjetividades, conforme as transformações inevitáveis da civilização. Nesse sentido, Freud (1925/1996) já destacava que é comum suceder resistência frente ao que é novo, mas, em assuntos científicos, não deveria haver objeção, pois poupar o que é familiar impede a novidade, que pode ser valiosa.

Os relatos dos entrevistados e a literatura pré-pandemia indicavam certos antagonismos frente ao uso das tecnologias de informação e comunicação na clínica psicanalítica. Além disso, foi constatado um fato inegável: estas impactaram e modificaram a subjetividade dos indivíduos e o funcionamento da sociedade (Barbeiro & Reis, 2022). Ao serem convidados a participarem da pesquisa, alguns participantes relataram que não saberiam como ajudar, como se o assunto fosse muito específico sobre as tecnologias ou como se não fizessem uso de aparelhos digitais em suas práticas, porém, o assunto destacado é o contexto psicanalítico e não os dispositivos. Verificou-se como o uso destes acontecia, mas era desconhecido pelos psicanalistas em suas práticas clínicas, corroborando as possíveis resistências frente ao assunto (Barbeiro, 2019) antes do impacto da covid-19.

Com a chegada da pandemia, no final de 2019, os indivíduos tiveram que se isolar socialmente e, em mais solidão, lidar com suas pulsões frente ao inesperado e súbito risco de morte por um agente invisível, gerando uma “regressão psíquica para o registro sádico-anal, reativando no sujeito o medo do toque e da proximidade em relação ao outro”, provocando um estado de desamparo primário e luto, seja por mortes ou pelo mundo pré-pandêmico (Cardoso et al., 2022, p. 196). Foi, então, em 2020, que o *setting* virtual foi constituído de forma mais permanente e irreversível (Postigo & Andrade, 2024). As autoras argumentam que, antes, havia “reticências e preconceitos” (p. 5) com

quaisquer serviços existentes no âmbito digital, incluindo a telepsicoterapia.

Bem como a Primeira Guerra Mundial influenciou Freud a repensar sobre a sociedade e o psiquismo humano e a técnica clínica em suas teorizações, Postigo e Andrade (2024) destacam a pandemia da covid-19 na mesma direção: fez-se necessário que psicanalistas reexaminassem as formas de trabalho, ampliando a clínica para além do enquadramento físico. Sinalizam, também, que comparar em formas de incompatibilidade o *setting* tradicional e o *setting* virtual é algo ultrapassado após a pandemia. Tais autoras argumentam que a delimitação psicanalítica na relação entre analista e paciente, com seus preceitos e fundamentos, são preservados, pois o trabalho acontece pela fala e escuta. Foi o que a pesquisa/dissertação (Barbeiro, 2019) constatou: certa resistência em realizar sessões remotas, mesmo considerando que a relação transferencial era assegurada no meio digital.

Durante a quarentena, novos modos de relacionamentos interpessoais emergiram, evitando os contatos presenciais para reduzir a contaminação pelo vírus, o que ocasionou mais contatos pelos meios digitais. Profissionais que nunca haviam cogitado o trabalho de forma remota, passaram a repensar as práticas na clínica, ofertando sessões pelas tecnologias digitais (Barbeiro, 2020). Os psicoterapeutas foram obrigados a escolher entre abandonar os atendimentos, supervisões e transmissão da psicanálise, e a oportunidade de continuar toda essa prática no ambiente online. Postigo e Andrade (2024) afirmam que a maioria optou pela segunda opção e a clínica virtual deixou de ser uma exceção e passou a ser mais uma forma de realização do trabalho psicanalítico.

Um dos psicanalistas entrevistados durante a pesquisa/dissertação (Barbeiro, 2019) no período pré-pandêmico foi consultado após cinco anos do início da pandemia. Ele afirmou que, de fato, a análise online era vista com certo preconceito e que, durante a fase de isolamento social, não houve uma alternativa a não ser continuar o trabalho a distância. Não somente a relação entre a díade no *setting* terapêutico - mediada pelas tecnologias - está mais aceita, mas também as formações pelas sociedades psicanalíticas, supervisões e transmissões da psicanálise realizadas de tal forma. O entrevistado, atualmente, considera que a terapia online é, hoje, uma prática que os profissionais absorveram como algo vigente, diferente de como era antes. Se atendia apenas em sessões pontuais, nos dias de hoje, realiza atendimentos mediados por tecnologias de pacientes que já

faziam análise. Por outro lado, relata que, para novos casos que solicitam atendimento online, prefere encaminhar para um colega que trabalha totalmente de modo remoto, pois considera que o presencial ainda mantém alguns aspectos sinestésicos que não são alcançados no meio virtual, como a forma de o paciente entrar e se sentar, e os cheiros, por exemplo.

É notável como há uma mudança relevante na forma como a telepsicoterapia é tratada atualmente. Mesmo que o psicanalista mencionado prefira a análise fisicamente presencial, ele cita que faz atendimentos online e há colegas (no plural) que atendem totalmente por meio desta modalidade. Assim, demonstra que o assunto é abordado com muito menos resistência, quando comparado ao momento antes da covid-19 (Barbeiro, 2019). O entrevistado informa, ainda, que, mesmo que haja toda uma composição no espaço físico, como aguardar o horário na sala de espera, isso depende de como cada profissional trabalha, corroborando a ideia de Racker (1982), que ressalta que os princípios psicanalíticos permanecem inalterados e são comuns a todos os analistas e o que muda são os avanços tecnológicos e as transformações da sociedade ao longo do tempo. Destarte, apesar das mudanças, há uma essência central: o cuidado dos conflitos psíquicos, orientando o tratamento como um processo de transformação humana por um meio terapêutico.

O psicanalista consultado termina: “Após a pandemia, o online se tornou uma prática que não tem mais volta. É isso”. O tom dessa fala é percebido de forma diferente em relação ao contato pré-pandêmico. Antes, os participantes pareciam resistir e confessar o uso de tecnologias no trabalho analítico, seja ele para comunicação de recados básicos com os pacientes, como remarcar sessões, e, com mais intensidade, para sessões online. Hoje, parece ser fato que é um trabalho possível e existente, mesmo que possa haver algumas diferenças.

Na contemporaneidade, observa-se que a humanidade se encontra imersa em uma dinâmica de pressa constante, fortemente impulsionada pela internet e pelas tecnologias digitais. A circulação de informações ocorre em ritmo acelerado, gerando uma cultura da instantaneidade que exige respostas imediatas e reduz o tempo destinado à reflexão e à elaboração subjetiva (Fontoura et al., 2022).

Freud e Winnicott realizavam suas trocas intelectuais e já se comunicaram com pacientes por meio de cartas (Barbeiro & Reis, 2021),

quando o intervalo temporal entre o envio e o recebimento delas permitia um espaço de elaboração e reflexão interior. Essa temporalidade mais lenta, marcada pela paciência e pela construção gradual do pensamento, evidencia uma dimensão essencial à prática analítica: a de um trabalho que se constitui no tempo próprio do inconsciente, que requer espera. Tal dimensão, no entanto, encontra-se tensionada nas condições atuais, nas quais o imediatismo tecnológico desafia a sustentação do processo analítico (Barbeiro, 2019).

A comunicação mediada por plataformas digitais instaura novas configurações que hibridizam a fronteira entre o público e o privado, instaurando novas configurações das relações pessoais (Fontoura et al., 2022). Os autores enfatizam o trabalho dos psicanalistas de repensar suas modalidades de escuta e empatia, adequando-as às demandas e às evoluções próprias de cada época. À vista disso, percebe-se que seja no ambiente físico ou no ambiente digital, o processo analítico ocorre pois o inconsciente se manifesta e atua de qualquer forma. Assim como Freud rompeu com costumes da época, ao falar de sexualidade infantil, por exemplo, a psicanálise continua interrogando os pensamentos tradicionais e se pondo a pensar sobre eles (Barbeiro, 2019).

A evolução das tecnologias continua. Atualmente, os dispositivos eletrônicos ofereceram às pessoas novas formas de se relacionar com objetos. Como explicam Dias e Levy (2023), com a chegada da inteligência artificial, os celulares aparecem com cada vez mais atributos – semelhantemente - humanos, como o *ChatGPT*, com o qual se pode verbalizar, tal como uma conversa, e o aplicativo responde sobre seus interesses e dúvidas. Além disso, cria imagens e vídeos muito semelhantes ao real, satisfazem impulsos sexuais e podem dar movimento até para quem já morreu, instantaneamente.

Bem como as tecnologias são desenvolvidas para auxiliar a vida em sociedade, ressalta-se que a questão é pensar o uso que o ser humano faz delas. Ao mesmo tempo que a inteligência artificial pode contribuir para facilitar diversas situações, como informações e análises de dados, ela pode causar a impressão de onipotência. Winnicott (1963/1983) define essa ilusão como um estado psicológico de crença que o bebê tem de que ele cria a realidade e tem controle sobre seus objetos, quando, na verdade, seus desejos estão sendo atendidos por um cuidador (como a mãe). Decorre disso a descoberta do mundo externo, ou seja, de que é alguém real que oferece os objetos, incluindo, aqui, o tempo de espera e a

indisponibilidade do outro, ou seja, a frustração. Há uma transição da relação com objetos subjetivos (eu) para objetivos (não eu).

Se com a inteligência artificial tudo parece possível e os impulsos são satisfeitos imediatamente, como ficam os processos inconscientes de sonhar, criar e se frustrar? E a busca de pessoas que consideram como “psicoterapia”, conversar com inteligência artificial ao invés de buscar um profissional humano? Esta pesquisa se limita aos dados obtidos pelas entrevistas realizadas e pelo período temporal, medida importante ao se analisar avanços tecnológicos que, hoje, parecem se atualizar cada vez mais rapidamente.

A trajetória da comunicação humana, desde suas formas mais primitivas até as atuais mediações digitais, evidencia um movimento contínuo de transformação que se integra ao desenvolvimento da subjetividade e das relações sociais. A psicanálise, como prática que se debruça sobre o inconsciente e sobre os modos de existir do sujeito em seu tempo, não se mantém alheia a essas mudanças. Ao contrário, ela as acolhe e as problematiza, buscando compreender como os dispositivos tecnológicos incidem sobre a escuta, a transferência e a constituição do self.

A análise realizada a partir da literatura e das entrevistas realizadas (Barbeiro, 2019) aponta que, antes da pandemia covid-19, havia certa resistência entre psicanalistas quanto ao uso das tecnologias de informação e comunicação na clínica, muitas vezes vistas como ameaças ao *setting* tradicional. Contudo, o contexto pandêmico impôs uma reconfiguração inevitável da prática, consolidando o *setting* virtual como uma extensão legítima do trabalho psicanalítico. Essa mudança demonstrou que os princípios fundamentais da psicanálise (a transferência, a associação livre e a escuta flutuante) permanecem preservados, independentemente do meio em que ocorrem, reafirmando que o essencial é o encontro entre dois inconscientes.

Assim como Freud e Winnicott utilizaram as ferramentas comunicacionais disponíveis em suas épocas — cartas e rádio — para promover o cuidado psíquico e a difusão do pensamento analítico, os psicanalistas contemporâneos se valem das plataformas digitais para continuar o exercício escuta e da elaboração inconsciente. O avanço das tecnologias convoca a psicanálise a se reinventar, sem perder de vista sua

essência: a construção de sentido e o resgate da capacidade de simbolizar e criar por meio do encontro inconsciente humano.

Na atualidade, marcada pela pressa, pela instantaneidade, pelo grande fluxo de informações e pela crescente "inteligência" artificial, o desafio que se impõe é o de preservar o espaço do humano — o tempo da espera, da palavra e da frustração — frente à ilusão de onipotência e satisfação imediata oferecida pelas máquinas. A psicanálise, pelo *setting* virtual ou fisicamente presencial, continua a oferecer um espaço potencial de elaboração e criatividade, no qual o indivíduo pode se reconhecer em meio às novas formas de existência mediadas pelo contexto social.

Desse modo, compreende-se que a virtualidade não precisa ser considerada uma ameaça para o trabalho psicoterapêutico, pois é uma continuidade do campo simbólico e relacional da experiência humana. O *setting* psicanalítico, seja físico ou digital, permanece um espaço de encontro e transformação, sustentado pela presença viva do analista e pela potência do inconsciente que, afinal, é sempre virtual.

Referências

- Barbeiro, F. S. & Reis, M. E. B. T. (2021). Comunicação a distância na psicanálise, ontem e hoje: uma revisão narrativa. *Psicologia em Revista*, 27(1), 245-264.
- Barbeiro, F. S. & Reis, M. E. B. T. (2020). Tecnologias de informação e comunicação na clínica psicanalítica contemporânea: revisão de literatura. *Ayvu: Revista de Psicologia*, 7.
- Barbeiro, F. S. (2019). As tecnologias de informação e comunicação no contexto da clínica psicanalítica. 202 páginas (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- Barbeiro, F. S. (2020). A invasão das tecnologias na clínica psicanalítica: um novo setting? In M. B. Sei & A. K. C. Nascimento (Orgs.), *Intervenções psicológicas on-line: reflexões e retrato de ações* (pp. 136-148). Clínica Psicológica da UEL.

- Barbeiro, F. S., & Reis, M. E. B. T. (2022). Tecnologias de informação e comunicação na clínica psicanalítica: desafios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 40(3).
- Bion, W. R. (1991). O aprender com a experiência. *Imago*. (Trabalho original publicado em 1962).
- Cardoso, B. C. C.; Amparo, D. M. Carneiro; J. B. M., & Silva, C. G. (2022). O enquadre virtual como um dispositivo psicanalítico de atendimento online. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 56(1), 195-208.
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). Resolução CFP nº 011/2018, Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP N.º 11/2012. CFP.
- Dias, É. L. D. A., & Levy, E. S. (2023). Psicanálise e tecnologias: o inquietante desamparo e suas repercussões na contemporaneidade. *Estudos de Psicanálise*, (60), 43-50.
- Fontoura, L. F. R., Albino, A., Silveira, R. E., & Santos, A. S. (2022). A psicanálise diante da pandemia de COVID-19: traumas, desafios e perspectivas. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 10(2), 370-387.
- Freud, S. (1996). As resistências à psicanálise. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 19, pp. 237-252). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).
- Freud, S. (1996). Duas histórias clínicas (o “Pequeno Hans” e o “Homem dos Ratos”). In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 10, pp. 13-136). Imago. (Trabalho original publicado em 1909).
- Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 21, pp. 67-150). Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1996). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 161-174). Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

- Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 137-160). Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Lévy, P. (1996). O que é o virtual? Editora 34.
- Lévy, P. (1999). Cibercultura (4a ed.). Editora 34.
- Migone, P. (2013). Psychoanalysis on the Internet: A discussion of its theoretical implications for both online and offline therapeutic technique. *Psychoanalytic Psychology*, 30(2), 281.
- Porto, F. F. A., & Motta, I. F. (2024). Reflexões Sobre a Comunicação na Obra de Donald W. Winnicott. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 44(2), 103-133.
- Postigo, V. M. C., & Andrade, R. G. N. (2024) Setting psicanalítico virtual, desconstrução dos muros e democratização da psicanálise: algumas considerações. *Plural – Revista de Psicologia Unesp Bauru*, 4.
- Racker, H. (1982). Estudos sobre a técnica psicanalítica (3a. ed.). Artes Médicas.
- Turato, E. R. (2010). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa – Construções teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas (4a. ed.). Vozes.
- Winnicott, D. W. (1975). O brincar & a realidade. Imago.
- Winnicott, D. W. (1979). The Piggle. Relato do tratamento psicanalítico de uma menina. Imago
- Winnicott, D. W. (1983). A capacidade para estar só. In D. Winnicott, O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre o desenvolvimento (pp. 31-37). (Trabalho original publicado em 1958).
- Winnicott, D. W. (1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. W. Winnicott, O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (pp. 163-174). Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1963).

Winnicott, D. W. (1999). *Conversando com os pais*. (2a ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993).

Zimerman, D. E. (2007). *Fundamentos psicanalíticos [recurso eletrônico]: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Artmed. (Trabalho original publicado em 1999).

Autismo infantil: interação paciente- psicoterapeuta na psicanálise Child

*Kathyúscia Geórgia Araujo do Valle Schmidt
Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis*

Introdução

Este estudo é proveniente da dissertação da primeira autora, orientada pela segunda. O qual teve por objetivos: analisar as interações do paciente nas sessões de psicoterapia psicanalítica, realizadas com uma criança diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista [TEA]; descrever os fatos clínicos em que houve interação do paciente, por meio do olhar e da fala; analisar os fatos clínicos relativos às situações de interação, através do olhar e da fala, a partir dos fundamentos da psicanálise.

Inicialmente apresenta-se uma contextualização sobre o percurso histórico do autismo ao TEA, em seguida são abordadas as concepções sobre o autismo infantil sob o ponto de vista de autores da vertente inglesa da psicanálise inglesa sobre o autismo infantil, finalmente alguns fatos clínicos relativos à interação pelo olhar e/ou pela fala vivenciados com a criança no setting terapêutico são analisados a partir de fundamentos psicanalíticos sobre o tema.

Percurso histórico: do autismo ao TEA

Em 1798 um menino, na faixa dos 12 anos, foi encontrado no Bosque de Aveyron/França. Ele convivia com uma manada de lobos, comunicava-se por grunhidos e se locomovia utilizando as mãos e os pés, sendo considerado como um menino selvagem. Foi examinado por Philippe Pinel, que considerou tratar-se de um caso de idiotia e demência, sem solução. Com isso, um jovem médico Jean Itard, o acolheu sendo seu tutor, passou a ter relações médico-pedagógicas e lhe deu o nome de Victor. Este caso é o primeiro registro de um menino com características de autismo. O termo autismo deriva do grego “autos” que significa “você

mesmo”, e foi utilizado pela primeira vez em 1906 por Plouller ao estudar pacientes com demência precoce (Vargas & Schmidt, 2019).

Sadock; Sadock e Ruiz (2017) relatam, que em 1867, o psiquiatra Henry Maudsley observou um grupo de crianças “com transtornos mentais graves que se caracterizavam por desvio, atraso e distorção acentuados no desenvolvimento” (p. 1154), em que se acreditava ser uma perturbação que se enquadrava na categoria das psicoses. Harris (2018) faz uma retomada histórica sobre como Leo Kanner - em 1943 - desenvolveu seus conceitos sobre o autismo e revela que ele foi o primeiro autor a escrever sobre a psiquiatria infantil, realizando mais de 250 publicações científicas a respeito do autismo e esquizofrenia infantil. Um de seus estudos mais conhecidos foi chamado de Distúrbios autísticos do contacto afetivo no qual discursou sobre o autismo extremo, obsessividade, estereotípias e ecolalia, relacionando-os aos fenômenos da esquizofrenia.

Martinhalgo e Caponi (2019) explicam que no início a psicanálise e a psiquiatria caminhavam juntas para a compreensão da psicopatologia, contribuindo para fundamentar a classificação norte-americana de doenças mentais principalmente para os conceitos de personalidade, estrutura e psicodinâmica. No entanto, Dunker e Kyrillos Neto (2011) explicam que a psicanálise deixa de fundamentar o DSM a partir do DSM III, pois os psiquiatras passaram a relacionar os transtornos mentais à pesquisa experimental, criticando a forma que a psicanálise estava conduzindo, como uma forma de psicologização dos problemas de ordem social.

No DSM-5 (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2014), o autismo passa a ser classificado dentro dos transtornos mais frequentes da infância - Transtornos do Neurodesenvolvimento e passa a ser conhecido como de “Transtorno do Espectro Autista 299.0 (F84.0)” (p.50) para enfatizar uma visão dimensional, com sintomas característicos do diagnóstico. A ideia do uso do termo espectro surge a partir da manifestação do transtorno que pode variar de acordo com a gravidade, com a idade cronológica e com o nível de desenvolvimento. O TEA passa a englobar transtornos antes nomeados como autismo infantil, autismo de Kanner, autismo precoce e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (APA, 2014). O DSM-5 (APA, 2014) elenca alguns critérios para diagnóstico do TEA, dentre eles, os déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos.

Um estudo realizado na Dinamarca aponta que o TEA implica em um grupo de pessoas que contam com grandes probabilidades de o transtorno ser decorrente de fatores hereditários. Foram encontradas variações genéticas de forma substancial para a suscetibilidade do TEA, mas ainda nenhuma variante individual associada ao transtorno. (GROVE et al. 2019).

Eshraghi et al. (2018) relatam que a heterogeneidade do TEA corrobora com a realização de testes genéticos em pacientes, auxiliando na correlação entre o genótipo e o fenótipo, e na compreensão do papel da epigenética (alterações hereditárias na expressão gênica sem alteração da sequência de DNA subjacente) no TEA. No entanto, aponta a necessidade de continuar os estudos nesta área para analisar melhor as possíveis causas do autismo.

Autismo em psicanálise

A psicanálise vem realizando e contribuindo com estudos para investigar quais fatores estariam envolvidos no autismo. Alguns conceitos de autores tais como Melanie Klein, Esther Bick, Wilfred Bion, Donald Winnicott e Margareth Mahler que abordaram o desenvolvimento psíquico do bebê, colaboraram para a compreensão dos fenômenos inerentes ao autismo. Estes autores contribuíram para a construção teórica que Meltzer (1975/1979) e Tustin (1972/1975, 1981/1984, 2017) realizaram sobre o tema.

Meltzer (1975/1979), psicanalista americano e seguidor de Melaine Klein, apresenta dois conceitos fundamentais que regem a sua construção teórica sobre o tema - o estado autista propriamente dito e o pós autista. Ele separa o conceito “estado autista propriamente dito” (p. 21) das qualidades da mente que aparecem durante o desenvolvimento, por considerar que há uma suspensão da vida mental dentro deste estado. Ou seja, ele considera que o autismo consiste em uma estrutura mental, mas ao mesmo tempo é um “estado desmentalizado” (p.21), no qual as funções cerebrais estão mais presentes do que as funções mentais. Apresenta também o conceito de estado residual do autismo - chamado de “pós autismo” (p. 21). Considerando estes dois conceitos, Meltzer (1975/1979), ressalta que crianças neste estado são muito inteligentes, possuem fatores de sensibilidade perceptiva e emocional que, em ação, interpretam e

consideram que seus objetos também possuem esses fatores iguais a elas. Segundo o autor, essas crianças acreditam que seus objetos fazem recusa à sensibilidade perceptiva e emocional, e não querem identificar a consciência da dor do outro, assim vivenciam o fato como um sinal de rejeição. A partir disto, se colocam vulneráveis às “experiências depressivas catastróficas” (p. 24), cujo sentimento é marcado pelo abandono do outro que não está disponível para acudi-las, passando então a encontrar certo apoio nas ansiedades persecutórias.

Meltzer (1975/1979) diferencia o termo “desmantelamento do self” (p. 25) do termo “processos dissociativos” (p. 25). O desmantelamento do self estaria ligado ao fato de uma estrutura se apresentar desmentalizada, neste sentido a criança demonstra uma capacidade de suspender a atenção e “os sentidos vagam para aquilo que mais chama a atenção no momento, com isso, parece acontecer o desmantelamento do eu como aparelho mental, que se desfaz em pedaços, de forma passiva” (p. 26). Acrescenta que nesta retirada da criança do mundo não se acompanha a ansiedade de perseguição, pois não há ataque contra si ou contra o objeto, tratando-se então de uma tendência compulsiva “como reiteração do ato ou do pensamento subjacente” (p. 27).

Segundo Meltzer (1975/1979), à medida que o self é desmantelado por conta da suspensão da função de atenção do ego, o self deixa de existir temporariamente, reduzindo-se a um estado primitivo desprovido de atividade mental. Neste sentido, o autor faz um paralelo com o atendimento e suas intervenções. Explica que dentro da relação transferencial há a necessidade da interpretação do terapeuta sobre o momento anterior à queda da criança ao autismo, para que possa identificar o que estava acontecendo na sessão antes da criança se ausentar psiquicamente. Assim, o terapeuta poderá intervir e mobilizar a atenção suspensa da criança de volta para o contato com o outro, por meio de técnicas intuitivas conduzidas pela voz e atenção, capazes de ajudar a criança a reunir as partes de seu self. Quanto aos processos dissociativos, Meltzer (1975/1979) explica que eles estão relacionados ao momento em que os impulsos destrutivos atacam o vínculo com os objetos, trazendo como consequência a divisão de si (self). “É por isso que o processo primordial de dissociação e idealização do objeto é a exigência da divisão entre as partes boas e más do eu e seus impulsos” (p.25).

Meltzer (1975/1979) diferencia o autismo propriamente dito do pós autismo. Refere-se ao primeiro como o “desempenho do conjunto de fatores que dão origem ao próprio estado autista são muito mais intrínsecos à criança, e que a “falha” ambiental apenas o modifica” (p. 39). Enquanto o segundo é dependente da interação e da obsessão nas relações objetais. Ambos levam a um tipo de defesa obsessiva e que, levados ao extremo, podem produzir uma desmentalização.

Tustin (1972/1975, 1981/1984), psicoterapeuta infantil inglesa, a princípio alegou que além do autismo, considerado patológico, haveria, também, um outro tipo relacionado a um estado autístico inerente ao desenvolvimento de toda criança. Seria uma fase primitiva, logo após o nascimento, onde a criança reage ao mundo externo “em termos de seu próprio corpo e suas disposições internas” (p. 15). No entanto, posteriormente a autora em seu texto “A perpetuação de um erro” (Tustin, n.d./ 2017) reconsidera tal proposição e modifica sua concepção sobre o tema, apontando que o autismo estaria relacionado ao funcionamento patológico da criança e não a uma fase normal do desenvolvimento.

Tustin (1972/1975) explica também que, quando os processos cognitivos primários do bebê não fazem o percurso de integração do eu e a capacidade do bebê em receber e fazer uso dos cuidados dos pais está desorganizada ou confusa, o bebê poderá entrar em uma depressão psicótica. Na qual vai desenvolver uma resposta para se proteger da depressão tomando o caminho do autismo patológico. Como consequência, o bebê poderá paralisar o seu desenvolvimento ou deteriorar o desenvolvimento cognitivo e emocional. Tustin (1972/1975) traz o conceito de depressão psicótica, que segundo a autora foi apresentado anteriormente por Winnicott, a qual pode ocorrer em momentos de frustrações em que o bebê ou a criança se angustia pela ausência da mãe ou do seio, por ainda não ter recursos psicológicos internos para perceber esta separação. Assim, vivenciando um sentimento de perda de uma parte de si, o que pode causar uma parada no desenvolvimento emocional. Este sentimento de perda de uma parte de si está ligado à ilusão que a criança possui no início da vida de que tudo o que está ao seu redor é sinônimo de seu corpo e faz parte de sua continuidade. Com isso, as experiências que estão relacionadas à perda da continuidade corporal caracterizam a depressão psicótica.

Tustin (1972/1975, p. 35) acrescenta que:

Transitar do estado psicológico de não separação para o dualismo “eu-não eu”, é tarefa particularmente árdua para o bebê e creio que hoje ninguém terá dúvida de que a espécie de berço protetor que o vai conter durante o período tão importante, é feito da relação mãe-filho.

Tustin (1972/1975) considera que nas situações em que o “desenvolvimento psicológico cujo curso se desviou do habitual” (p. 9) poderá se instalar o autismo patológico, e este pode se apresentar através de três principais formas: Autismo Primário Anormal (A. P. A.), o Autismo Secundário Encapsulado (A. S. E.) e o Autismo Secundário Regressivo (A. S. R.). Sendo que o primário pertence a fase primitiva, logo após o nascimento da criança. No secundário a criança já passou pela fase primitiva, mas se desvia do desenvolvimento normal e tem como mecanismo de defesa o autismo secundário.

O autismo primário anormal (A. P. A.) (...) prolongação anormal do autismo primário, ocasionada por um dos seguintes fatores: 1. Ausência quase total do que é básico para que a criança seja criada e nutrida de forma relativamente equilibrada. 2. Ausência parcial da mesma coisa: (a) devido a graves deficiências das figuras nutridoras, (b) devido a impedimentos intrínsecos à criança, (c) devido à combinação dos fatores (a) e (b) (Tustin, 1972/1975, p. 83).

Ao abordar o Autismo Primário Anormal (A. P. A.), Tustin (1972/1975) conta que são crianças que não demonstram indícios de terem iniciado o autismo secundário, pois continuam ativamente no autismo primário por conta da falta de estimulação adequada do outro, que prepara a criança para o reconhecimento do mundo externo.

Quanto ao Autismo Secundário Encapsulado (A. S. E.), Tustin (1972/1975) explica que, neste caso, a criança entra no encapsulamento como mecanismo de defesa contra o sentimento de perceber que ela e sua mãe são dois corpos separados. Acrescenta ser provável que dentro dos fatores constituintes das crianças que se tornarão autistas, pode haver uma certa predisposição para tal, por exemplo, “a hipersensibilidade de um ou mais órgãos dos sentidos” (p. 90), que pode provocar o sentimento de separação corporal da mãe cedo demais, de forma dura, e até sendo vivenciado como um susto. Esses fatores, segundo Tustin (1972/1975),

podem se somar aos fatores inerentes aos pais e aos fatores ambientais, como por exemplo a família se mudar com frequência de casa, trazendo certo desconforto para a criança; a falta de suporte para a mãe, do pai ou familiar, para ajudar na criação de um recém-nascido, gerando na mãe sentimento de insegurança e dificuldade em responder às necessidades de seu filho.

No Autismo Secundário Regressivo (A. S. R.), Tustin (1972/1975) descreve que este sistema de autismo patológico implica em crianças que aparentemente estavam se organizando bem dentro de seu desenvolvimento mas que, ao analisar a forma como a criança se coloca no mundo e com o outro, é possível identificar que permaneceu de certa forma dentro do estado autístico. Nestes casos, as crianças fazem uma parada em seu desenvolvimento, principalmente na área da personalidade e seguem em um processo regressivo, no entanto, a área da fantasia continua preservada. Dentro do Autismo Secundário Regressivo, a autora acrescenta dois quadros diferentes, chamados de A. S. R. (1) e A. S. R. (2), sendo que o primeiro se refere ao momento em que a criança percebe ser separada da mãe e entra em contato com o “não-eu” (p. 103). Enquanto que no Autismo Secundário Encapsulado (A.S.E.) a criança se defende se encapsulando, no A. S. R. (1) a criança se defende é de estar parcialmente consciente dessa separação corporal e com isso, se a dispersão de pedaços de si não for vivenciada como fragmentadora por muito tempo, a criança acabará ficando neste quadro. Já no A. S. R. (2), se a criança com estes sintomas não chegar para atendimento psicológico a tempo, poderá ficar em um “estado de deterioração psicológica” (p. 103).

Seis anos depois do livro *Autismo e Psicose Infantil* (Tustin, 1972/1975), Tustin (1981/1984) acrescenta um novo termo para as crianças psicóticas, chamado de estado autístico confusional. Dentro deste estado apresenta o estado autístico confusional primário (tipo engolfamento) e o secundário (tipo fragmentado), explica estes termos a maneira que vai diferenciando-os do estado autístico encapsulado que também são divididos em dois, o estado primário (tipo concha) e o estado secundário (tipo segmentado). Para desenvolver este conceito confusional, Tustin (1981/1984) se apoia nos conceitos que ela desenvolveu em 1975 e aponta que estas crianças consideradas no estado confusional também passam pela mesma sensação traumática da depressão psicótica vivenciada pela perda corporal. Entretanto, como defesa, essas crianças se utilizam da confusão e dos embaraços com os objetos exteriores e com isso, os

fragmentos do eu (self) são vivenciados como dispersos e a dimensão do “eu” (self) e “não-eu” (p. 55) são extremamente confusos.

Tustin (1981/1984) explica que as crianças no estado autístico confusional engolfam e confundem o “não-eu” (p. 60). A palavra “engolfado” em termos figurados está ligada, segundo o Dicionário (2021), a estar imerso em algo ou mergulhar-se em algo. Isso ajuda a entender que estas crianças absorvem o “não-eu” dentro do “eu-ismo” do “eu” (Tustin, 1981/1984, p. 60). Quanto a comunicação, as crianças confusionais em sua maioria conversam e até fazem trocas de pronomes, mas raramente são ecológicas e a autora acrescenta que “Sua conversa engolfa o ouvinte e tem o efeito de que este cessa de prestar atenção ao significado do que está sendo dito” (p. 63). Em relação a troca de olhar com o outro, as crianças confusionais nunca desviam o olhar e olham de forma responsiva, ao contrário das crianças encapsuladas que desviam o olhar com frequência.

As crianças no estado autístico encapsulado formam uma cápsula protetora e no tipo concha, essa concha se apresenta para a criança de forma não integrada e indiferenciada, como se a criança estivesse dormindo esperando por condições melhores para seu desenvolvimento. Essas crianças quase não falam e quando isto acontece, a fala se apresenta de forma ecológica e com pronomes invertidos (Tustin, 1981/1984). Por outro lado, na encapsulada segmentada, Tustin (1981/1984) afirma que a criança terá momentos de consciência de “eu” e de “não-eu” (Tustin 1981/1984, p. 60) e a sua percepção sobre os objetos do mundo exterior é vivenciada como segmentadas e encapsuladas. Acrescenta ainda que o delírio neste estado é o de ter o controle do mundo, enquanto que no confusional a criança se sente confusa com o mundo, embora as vezes também se sinta no controle.

Percebe-se que tanto a psiquiatria quanto a psicologia consideram que os déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos são indicadores para realizar o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (APA, 2014) e que, dependendo do prejuízo identificado nestas áreas, a criança poderá ser diagnosticada em um dos níveis de gravidade, sendo leve, moderado ou severo. No entanto, observa-se que na psicologia, mais especificamente do ponto de vista da psicanálise, também são utilizados como indicadores de risco de autismo, a recusa do olhar da criança para o outro e o atraso na fala, os quais podem ser representados pela dificuldade na comunicação e na interação com o

outro. Meltzer (1975/1979) aponta que isto pode estar relacionado a uma dificuldade da criança em conter a função da linguagem, desta forma, a criança não consegue elaborar pensamentos oníricos para se comunicar por algum meio, evitando então a comunicação.

É importante destacar a diferença entre comunicação e interação. Comunicação, segundo o dicionário Oxford Languages (2022), significa “ação de transmitir uma mensagem e, eventualmente, receber outra mensagem como resposta”, enquanto interação significa “influência mútua de órgãos ou organismos inter-relacionados; ação mútua ou compartilhada entre dois ou mais corpos ou indivíduos”. Embora sejam apresentados aspectos relativos à comunicação da criança, o que se pretende no presente estudo é refletir sobre a interação da criança autista com o outro, seja pelo olhar ou pela fala. Considerando, também, que a comunicação se faz presente dentro da interação e que há a presença de uma dificuldade da criança autista em interagir e comunicar.

Segundo Maiello (1991 como citado em Saboia 2007) a única possibilidade de existir a capacidade do bebê em interagir precocemente com objetos exteriores, como o seio, seria pelo fato do bebê conviver, desde o início de sua vida, com objetos externos pela intermediação da voz materna. Gratier (2017) explica que as respostas dos bebês não são somente reflexos. Ressalta que as expressões das mães com os bebês em interação “são orientadas para estimular uma resposta adaptada por parte do adulto” (p. 35) e afirma que a partir dos quatro meses o bebê vocaliza sozinho, mas antes, aos dois meses o bebê já faz uma vocalização social que está relacionada ao contexto social. Por outro lado, segundo Parlato-Oliveira (2017), a língua do bebê será constituída apoiada no código da língua materna permitindo que este entorno perceptivo com a língua se expande para um universo pluridimensional. A voz passa a não ser captada somente pela audição, mas também pelo corpo, tornando-se parte do corpo do bebê.

Maiello (2000, como citado em Catão, 2009) também explica que existe o risco do bebê, mediante a voz, não conseguir ter um estado de integração psíquica materna, podendo não receber o “alimento psíquico, emocional auditivo primário de que necessita como estímulo de sua atividade protomental” (p. 158). Conjectura que o bebê ao se proteger do som da voz da mãe ainda antes do nascimento e não perceber a voz materna como estimulante ou “continente poderá gerar uma não diferenciação defensiva do estímulo de voz desde intraútero” (p. 159). Com isso, o bebê

deixa de fazer a experiência da constituição do objeto sonoro, o que pode trazer consequências psicopatológicas.

Neste sentido, Haag (2005 como citado em Saboia, 2007) o autismo seria explicado pela falta ou ausência do envelope corporal chamado de “eu-corporal” (p. 84), por conta da ausência da sensibilidade aos sons. Afirmo que a experiência rítmica é “a base formadora para o senso vivência da continuidade de ser indivíduo” (p. 84), por isso que as crianças autistas se interessam por determinados barulhos ou inclusive não toleram o som que se expressa de maneira forte. Nesse sentido, convém ressaltar que Tustin (1981/1984), ao falar sobre as crianças autistas, apresentou uma pesquisa que apontava para uma maior predisposição para acionar o lado esquerdo do cérebro (mais linguístico) do que o lado direito do cérebro (ampliação da comunicação – ex: protomusicalidade).

Considerando as dificuldades de comunicação apresentadas por tais crianças e as nuances do processo terapêutico Dib (2018) afirma que “o objetivo do trabalho psicanalítico não é extinguir a ecolalia de forma indiscriminada, mas transformar um modo de comunicação estereotipado e repetitivo em um modo dialógico de comunicação” (p. 215). Contudo, Haag (2005 citado por Saboia 2007) aponta que o contato entre as crianças com autismo e a palavra do terapeuta podem ter um caráter invasivo, por conta da falta do envelope corporal da criança. Por isso que o cuidado nesta clínica é tão valioso. Enquanto Marques e Arruda (2007) ressaltam que o olhar entre terapeuta e paciente também representa um canal de comunicação, pois quando uma criança com autismo aceita o olhar do outro na relação terapêutica, ela está dando início em seu processo de diferenciação entre o eu e não-eu, o que contribui para a individuação e para a construção do vínculo terapeuta-paciente.

Verifica-se que os estudos encontrados, aqui mencionados, abordam mais a comunicação pela fala da criança autista do que a comunicação pelo olhar. No entanto, entende-se que ambas fazem parte da troca de comunicação e interação que a criança não faz ou tem grande dificuldade em fazer com o outro, nos casos de autismo, e que de certa forma estas duas grandes áreas, o olhar e a fala, se complementam. Percebe-se que na maioria das vezes, nestes casos, se não há troca de fala não há troca de olhar e vice-versa.

Método

Para este estudo foi utilizado o método de construção de fatos clínicos psicanalíticos, através do qual pode-se prescindir das informações detalhadas sobre a história do paciente e do processo psicoterapêutico, ressaltando apenas os detalhes relativos aos fatos clínicos vivenciados e destacados naquela pesquisa em questão. Assim, minimizando a exposição do paciente ao realizar a publicação do estudo realizado.

Segundo Quinodoz (1994), durante a sessão vários fatos clínicos podem aparecer, mas o analista seleciona somente alguns como fatos clínicos psicanalíticos para formular sua interpretação. O autor explica que:

Em suma, para mim um autêntico fato clínico psicanalítico corresponde ao momento em que o psicanalista apreende a totalidade do complexo dos elementos significativos que observa na relação de transferência-contratransferência, considerando-os modificáveis pela interpretação, de modo a resolver a neurose de transferência e, com eles, os sintomas.

Reis (2022) acrescenta que a psicanálise se ocupa do sujeito marcado pelo inconsciente, por isso, entender o que acontece no contexto clínico vai além de observar apenas fatos objetivos. É necessário levar em conta elementos que surgem da dinâmica entre analista e paciente, especialmente aqueles ligados à transferência e à contratransferência.

Considera-se que pesquisas decorrentes de atendimentos clínicos em psicanálise devem ser realizadas apenas após o encerramento dos atendimentos. Nesse sentido, Silva, Reis e Barbeiro (2020) apontam que utilizar cenas clínicas de um caso encerrado assegura a integridade da pesquisa, visto que ao analisar os relatos e ver seus resultados o sujeito participante não sofrerá com possíveis influências do pesquisador em seu processo clínico.

Vollmer Filho (1994, p. 673) explica duas formas de compreender o fato clínico psicanalítico:

O primeiro, imediato, ocorre no aqui-e-agora da experiência emocional que se desenvolve na sessão e nele predominam aspectos inconscientes e pré-conscientes do analista, especialmente aqueles decorrentes do seu esquema referencial teórico inconsciente. O segundo nível de abstrações, imediato, é feito posteriormente à sessão e, mesmo incluindo elementos do nível anterior, caracteriza-se mais pela presença de

elementos racionais, conscientes, que permitem a formulação de conceitos teóricos mais gerais e articulações mais amplas das associações do paciente umas com as outras, com a sessão como um todo, com o momento da análise, com a história do paciente e com diferentes referenciais teóricos.

Participantes

Uma criança diagnosticada por um neuropediatra com Transtorno do Espectro Autista [TEA], que iniciou o atendimento em psicoterapia psicanalítica aos 3 anos de idade e sua mãe adotiva e uma coterapeuta. Para este trabalho foi escolhido um nome fictício para a criança para preservar sua identidade, aqui será chamado de Jonas.

Convém ressaltar que o atendimento psicoterápico havia sido realizado pela primeira autora do presente estudo.

Antes de iniciar a coleta de dados, as participantes (mãe da criança e a coterapeuta) assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina [CEP-UDEL] (Parecer nº. 4.187.441; CAAE: 15415019.1.0000.5231).

Procedimentos

Durante o atendimento psicoterapêutico realizado houve a filmagem de situações em que se detectava alguma manifestação que fosse considerada como uma nova forma da criança se expressar de se relacionar com o outro ou quando a criança fazia algo novo na troca com o outro, que até então não estava fazendo. Tal procedimento fazia parte do protocolo de atendimento, na instituição em que o processo terapêutico foi realizado.

A coleta de dados ocorreu a partir da leitura dos relatos de sessão e dos vídeos provenientes das filmagens, realizadas durante as sessões clínicas. Foram selecionadas 14 sessões, nas quais foram encontrados 39 vídeos cuja duração variou entre 09 segundos e 03:14 minutos, os quais foram transcritos para análise. O critério para a escolha consistiu em haver interação da estabelecida pela criança, através do olhar ou da fala. Os relatórios, escritos logo após cada uma das 14 sessões bem como aqueles produzidos a partir da transcrição dos vídeos, constituíram o material analisado no presente estudo.

A análise dos dados, contou com a participação de três auxiliares de pesquisa que integram um projeto maior, realizado na universidade em que a pesquisa ocorreu. A psicoterapeuta-pesquisadora leu os relatórios produzidos a partir dos vídeos e dos prontuários, posteriormente listou os fatos clínicos detectados. O material foi enviado às colaboradoras de pesquisa, que realizaram a leitura e apontaram os fatos clínicos que continham interação pelo olhar ou pela fala em cada sessão. Posteriormente, foi realizada uma reunião onde ocorreu um debate sobre os fatos clínicos elencados pelas respectivas auxiliares. A seguir a psicoterapeuta-pesquisadora selecionou aqueles fatos clínicos que foram apontados por pelo menos 2 integrantes da equipe de pesquisa. Finalmente, os fatos clínicos detectados foram analisados a partir dos fundamentos psicanalíticos visando a compreensão e a busca de novos significados. Assim, possibilitaram a construção de fatos clínicos psicanalíticos relacionados ao tema do presente estudo. Os quais foram organizados em categorias temáticas.

Resultados

Os fatos clínicos em que a criança apresentou interação pelo olhar e/ou pela fala no *setting* terapêutico, foram analisados a partir de fundamentos de psicanálise, os quais foram divididos em duas categorias: interação pelo olhar através do espelho; interação pelo olhar e pela fala.

Quanto a primeira categoria, em várias sessões os atendimentos de Jonas aconteceram em frente ao espelho. Além do espelho ser um recurso utilizado pelas profissionais para o atendimento com crianças, havia um colchonete grande utilizado para que a criança pudesse brincar, junto aos demais presentes, tais como pais e terapeutas, em frente ao espelho. Percebe-se que Jonas sempre optava por ocupar este espaço da sala do atendimento e se posicionava em frente ao espelho.

Por outro lado, conforme os atendimentos foram sendo realizados as interações entre a criança e os presentes no *setting* terapêutico foram ampliadas. A interação pelo olhar e pela fala foram aos poucos se tornando mais presentes, refletindo a maneira como a criança deixava o seu estado encapsulado e se abria para a troca com o outro (Justin, 1981/1984). Neste caso, Jonas (nome fictício) realizava interações olhando e falando para alguém, mesmo que por pouco tempo, possibilitando a quem estivesse

presente, saber com quem ele estava falando, pois até então a fala se apresentava de forma solta, sem endereçamento a alguém.

A seguir, os fatos clínicos detectados relativos a cada categoria são descritos e analisados.

Interação pelo olhar através do espelho

Uma das características predominantes encontradas nas crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista consiste na recusa do olhar e na dificuldade de se apropriar de si e de sua imagem (APA, 2014). No entanto, ao desejar estar próximo do espelho, Jonas parecia se interessar pela imagem que via e, também, querer expressar ou comunicar algo por meio deste objeto. Quando Jonas olhava por meio do espelho, o contato visual não era direto com o outro. Mas, sim, um olhar que entrava no espelho e o espelho direcionava este olhar para o outro, possibilitando com que houvesse trocas de olhares através da mediação do espelho.

Convém recordar que o bebê, por volta do sexto ao oitavo mês de vida, já começa a dar risadas para o espelho iniciando um processo de buscar entender quem é aquele bebê que ele vê do outro lado do espelho. Winnicott (1971) explica que o espelho pode representar o rosto materno, em que o bebê olha para a mãe e vê a si mesmo. Desta forma, ao olhar para o espelho, o bebê se tranquiliza por encontrar também a imagem materna e aos poucos o mesmo vai compreendendo e integrando aquela imagem que é de si mesmo. Winnicott (1971) explica que isso acontece porque a mãe acaba refletindo ao bebê a rigidez de suas defesas. O bebê olha para ela e não se vê, com isso o bebê procura no ambiente e nos objetos outras formas de obter algo de si de volta, não tomando o rosto da mãe como um espelho. Acrescenta que nos casos mais graves, o bebê se retira ou deixa de olhar para o outro, fazendo com que tenha dificuldades expressivas de olhar para o espelho e buscar o que ele tem a oferecer. Nesse sentido é possível considerar que, tal qual Winnicott referia a dificuldade acima mencionada com pacientes graves, o mesmo pode ser aplicado aos pacientes com sintomas de autismo.

Para refletir sobre isso segue o seguinte fato clínico:

Jonas vai em frente ao espelho, coloca a mão no espelho se olha e olha pelo espelho para a psicoterapeuta, ela o olha pelo espelho e a coterapeuta diz “olha aí que menino passeador” e completa “quem foi passear?”. Jonas morde a boca, olha na direção de coterapeuta e a mãe. Então a mãe diz “de ônibus, quem foi de ônibus?” Jonas dá um passo pra trás, se esconde do espelho, em seguida volta para o espelho e olha a mãe pelo espelho. A coterapeuta vem em direção a ele, no espelho, e diz “eu vou desenhar você aí Jonas”. Jonas balança a cabeça parecendo querer encostar na coterapeuta, então ela passa o giz no espelho e diz “ó, vou desenhar você”. Ele apaga o giz no espelho e ela mostra como ele pode ficar encostado no espelho para ela desenhá-lo e diz “encosta assim ó, pra eu te desenhar”.

Quando Jonas se aproxima e coloca a mão no espelho é como se fosse para ele realmente sentir sua existência no espelho e na vida. Primeiro ele se olha, certificando-se de si, para depois procurar o olhar da psicoterapeuta e para confirmar a existência dela, a qual retribui o olhar. Ou seja, há uma resposta do outro diante da sua busca de olhar, como se estivesse se certificando - pelo olhar do outro - a sua presença. Winnicott (1971) ao comparar o vislumbre do o bebê que se vê no rosto da mãe e depois passa a se ver no espelho com o processo psicoterapêutico, diz que o psicoterapeuta reflete para o paciente o que há para ser visto. Por isso, se o psicoterapeuta fizer seu papel suficientemente bem, o paciente conseguirá descobrir “seu próprio eu (self) e será capaz de existir e sentir-se real” (p. 161). Esse recorte teórico exprime bem o momento em que Jonas olha para a psicoterapeuta.

Tustin (n.d./2017) também explica que no desenvolvimento normal de uma criança a consciência de estar separado da mãe e do mundo exterior acontece de forma natural. Porém, a criança autista, ao invés de fluir à unicidade ela fica congelada para se defender do sentimento de perceber que ela e sua mãe são dois corpos separados. No entanto, observa-se que neste momento, Jonas, a partir das intervenções, demonstra certa abertura para oscilar entre ter e não ter espaço entre ele e a mãe.

Em seguida, a coterapeuta afirma, por meio da palavra, a existência de Jonas e abre um questionamento onde deixa um lugar vazio (já reservado para ele) para ser completado pela presença de Jonas, pois ela sabia que ele era o menino passeador ao qual ela se referia. Em seguida, a mãe abre o

mesmo questionamento, pois ele era o menino que andou de ônibus que ela se referia. Ou seja, o outro produz uma falta no discurso para ser completado por ele mas, também revela que o lugar era dele, dando a possibilidade de ele se fazer presente.

Bion (1967/1994) afirma que os pensamentos necessitam ser traduzidos para a ação. E um dos processos que ele apresenta é a comunicação que “se faz através da identificação projetiva realista” (p. 136) a qual contribui para a transformação da capacidade do self em perceber seus próprios pensamentos, “abrindo assim caminho para a função alfa e o pensamento normal” (p. 136). Percebe-se que, a coterapeuta e a mãe de Jonas, favorecem este lugar para ele, pois contribuem para que ele consiga entrar em contato com os seus próprios pensamentos e aos poucos consiga se apropriar deles.

Na primeira pergunta, Jonas se expressa mordendo a boca, como se estivesse marcando sua presença por meio de seu corpo e conclui com o olhar para a coterapeuta e mãe, neste momento, não precisou da mediação do espelho. Assim, percebe-se que em um primeiro momento, ele necessitou do espelho para mediar a troca de olhar, para que depois pudesse realizar a troca de olhar de forma direta ao outro. Estaria Jonas experimentando sua integração?

Na segunda pergunta, Jonas dá um passo para trás, provavelmente para mostrar o quanto também era difícil para ele existir, se perceber integrado, e compreender que “ele era um eu” e o outro o “não-eu”. Jonas também expressa uma forma de responder ao que mãe estava perguntando, ele não diz com a voz, mas diz com o corpo quando se volta para o espelho - “sou eu?” Finaliza olhando para a mãe, pela mediação do espelho. Percebe-se que é como se Jonas estivesse em um processo de apropriação e integração de seu mundo interno. Embora isso tudo ainda fosse confuso para ele e oscilasse, por estar ainda em construção.

Klein (1952/1991) afirma que à medida que a ansiedade persecutória vai diminuindo de intensidade, o ego vai sendo capaz de se integrar. Acredita-se que, ao vivenciar o fato clínico relatado, Jonas vai transitando da posição esquizoparanóide (ego mais fragmentado) a caminho da posição depressiva, à medida que vai integrando um pouco mais seu mundo interno, e se percebendo como um objeto inteiro e separado dos demais.

Considerando que Jonas é uma criança diagnosticada com autismo infantil, percebe-se que ele começa a sair do encapsulamento, ou seja, ele está deixando o lugar em que se encontrava - fechado em si mesmo - para o momento posterior em que pode se reconhecer e conhecer o outro. Assim confirmando as ideias de Tustin (1981/1984).

Voltando ao fato clínico mencionado, quando a coterapeuta propõe desenhá-lo e ele busca se encostar na coterapeuta: estaria Jonas procurando uma sustentação física para o que ele estava sentindo e descobrindo? Então quando ela começa a esboçar um desenho que o representaria, ele apaga sua imagem. Estaria demonstrando de certa forma como para ele isso tudo ainda era frágil? Quando a coterapeuta mostra a ele como poderia ficar, supondo que talvez ele nunca teria marcado seu corpo em algum lugar e a maneira que supõe isso, também sustenta que ela está ali com ele e que ele pode dar conta de entender que seu corpo é uma unidade e que pode se estender para a imagem no espelho, para o desenho, para a troca com sua mãe, para a troca com o outro. De certa forma a coterapeuta o auxilia, tanto contendo como verbalizando a maneira como o compreende, assim colaborando para o paciente que se sinta contido e possa usar o seu aparelho para pensar a respeito das emoções por ele vivenciadas, tal qual sugerido por Bion (1967/1994).

Além disso, convém recordar as ideias de Alvarez (1992/2020), que ao mencionar a função do analista como uma companhia viva, apresenta o conceito “*reclaiming*” (p. 66). O qual implica numa possibilidade de o terapeuta provocar o interesse da criança autista para que ela tenha a experiência de ser despertada, como uma forma de trazer o autista para a troca com o humano, à medida que isto também ajuda a recuperar o senso de existência para a própria criança.

Interação pelo olhar e pela fala

O fato clínico abaixo colocado sinaliza a interação pelo olhar e pela fala:

A coterapeuta diz “e o pirulito que bate? Então vamos lá!” Jonas diz, imediatamente, “pirulito que bate bate” e psicoterapeuta completa “bate bate”. Enquanto Jonas mexe no pote da massinha, faz barulho de estralo com a língua, e psicoterapeuta diz “pirulito que já bateu”. Jonas olha para a psicoterapeuta

pelo espelho, enquanto lança um pedaço de massinha bem pequena para o sentido do espelho. A psicoterapeuta olha pra Jonas e vai com a cabeça para frente se aproximando dele, enquanto coloca no espelho um pedaço de massinha, estrala a língua igual Jonas e completa “quem gosta de mim é ele” e faz uma pausa. Jonas se olha no espelho e a coterapeuta completa “quem gos” em tom baixo. Psicoterapeuta diz “quem gosta dele? Sou?” e faz uma pausa. Jonas parece continuar tentando pegar os pedacinhos minúsculos de massinhas dentro do potinho e diz “o filho”, lança os pedacinhos no espelho e olha para a psicoterapeuta. Mãe repete “o filho” e mãe, a psicoterapeuta e a coterapeuta sorriem e dão risada curtindo o que Jonas havia falado.

Convém relatar que nesta sessão havia duas gravações e, no primeiro vídeo, Jonas já estava cantando outras músicas. Neste segundo vídeo, a coterapeuta sugere uma música que Jonas já havia cantado em outras sessões. Por isso ela parece convidá-lo para cantar a música do pirulito que bate-bate e Jonas responde ao convite imediatamente falando a frase da música. Ele não fala em tom melódico, mas o que importa neste momento é que ele demonstrou que estava atento ao convite, à interação/troca que o outro estava propondo. Também que ele mostrou rapidamente ao outro que aceitava a proposta, utilizando-se inclusive da palavra para expressar sua vontade. Percebe-se uma intenção vinda da parte de Jonas de corresponder e comparecer a provocação do outro, pois a maneira que o outro propõe e dá espaço para ele aparecer, ele toma como demanda e assim o faz. Esta cena mostra que Jonas não estava tão alheio ao outro, conforme a característica de uma criança com TEA (APA, 2014) e que estava saindo de seu estado encapsulado tipo concha (Tustin, 1981/1984) e aberto para as possíveis trocas com o outro.

Korbivcher (2007) explica que a função do analista diante da barreira autística é tentar entrar nela e contribuir para este mundo inanimado de maneira ativa e desta forma trazer vida psíquica para os estados autísticos. Pensando nisso é possível identificar que a psicoterapeuta, ao repetir o final da frase da música que Jonas fala, recolhe o que ouviu dele e completa o canto com ele. Assim, reconhecendo a produção de Jonas e a presença da interação entre Jonas e os presentes, passando aos poucos pela barreira autística para acessar cada vez mais a interação com ele.

Na sequência, ao mesmo tempo que Jonas mexia na massinha, ele fazia sons com a boca como se estivesse dando continuidade na música com seu corpo, marcando sua presença para o outro, agora, também, por meio de sons corporais. Convém mencionar que “estalar com a boca” era um comportamento pouco comum de Jonas em outras sessões. A psicoterapeuta completa a música por meio da fala, visto que Jonas não continuou naquele momento a letra da música, então Jonas responde somente com seu olhar para ela. Nesse sentido, necessário se faz recordar que, conforme apontado por Marques e Arruda (2007), o olhar entre psicoterapeuta e paciente também representa um canal de comunicação. Quando uma criança com autismo aceita o olhar do outro na relação terapêutica, ela está dando início em seu processo de diferenciação entre o eu e não-eu, o que contribui para a individuação e para a construção do vínculo terapeuta-paciente.

Percebe-se que Jonas estava alternando sua forma de se expressar e de interagir com o outro, também ia se permitindo ampliar o interesse em trocar com o outro. No entanto, é importante destacar o que a psicoterapeuta-pesquisadora se lembra de sentir durante essas cenas. Relembra que se angustiava em vários momentos porque cantava e nunca sabia se Jonas iria responder, até mesmo o silêncio que ficava entre a aposta da psicoterapeuta de que ele responderia (mesmo se angustiando continuava tentando e apostando que em algum momento ele iria responder) e de fato a resposta de Jonas ser algo que a angustiava muito. Relembra que o tempo passava devagar, ao ponto de se sentir insegura e achar que isso poderia estar relacionado ao fato de não ser uma boa profissional. E isso era algo que a psicoterapeuta vivenciava na época, no entanto na função de psicoterapeuta-pesquisadora foi possível perceber que isso tratava da própria relação transferencial e também como algo relativo ao fenômeno contratransferencial, na medida que remetia a algo vivenciado também pela mãe, por se perceber como não sendo uma boa mãe. Assim, após a realização do processo terapêutico e ao construir os fatos clínicos psicanalíticos, foi possível revisitar as anotações da época do atendimento, relacionar aos fundamentos da psicanálise considerados, obter novas compreensões e ressignificar o vivido naquela relação terapêutica (Quinodoz, 1994; Vollmer Filho, 1994, Reis, 2022).

Em seguida, Jonas pega um pedaço da massinha e lança em direção ao espelho. Se considerar que a massinha fragmentada como representação do mundo interno de Jonas, ao jogá-la ele poderia estar lançando ele

próprio a esta troca com o outro. Mesmo que não soubesse como fazer, como medir sua força, ele lança sem saber se vai ficar grudado no espelho. Ou seja, mesmo sem saber se o outro seria continente para estas trocas e se o entenderia. Esta interpretação só foi possível acontecer por meio da construção de fatos clínicos psicanalíticos, após a psicoterapeuta-pesquisadora ter acesso a toda teoria trazida para este trabalho, pois até o momento não havia pensado nesta interpretação e nem em outra (Quinodoz, 1994; Vollmer Filho, 1994; Reis, 2022).

Na sequência, a psicoterapeuta estrala a língua também como tentativa de aproximação com Jonas, ao mesmo tempo que valida o comportamento que ele teve, de forma similar ao apontado por Korbivcher (2007). Ela fala mais um trecho da música com a intenção de fazer com que Jonas o completasse, deixando uma pausa proposital em sua fala, para que ele se colocasse na troca com o outro. No entanto ele não fala, mas Jonas olha para ele mesmo, parece que assim ele quer reafirmar sua presença e o que estava fazendo - ao interagir com o outro. Portanto, percebe-se que, no decorrer daquela sessão, Jonas foi se integrando e conseguindo juntar as partes de si mesmo. Com isso, ele estava se percebendo de forma mais integrada, saindo da posição esquizoparanoide e entrando na posição depressiva (Klein, 1952/1991), ao longo do fato clínico vivenciado naquele momento e aqui relatado.

Então, Jonas pega os pedaços de massinhas e a psicoterapeuta-pesquisadora se questiona: se neste momento seria conveniente mostrar exatamente o que estava acontecendo com ele? Pois Jonas parecia buscar/encontrar pedaços do seu mundo interno para integrar e oferecer ao outro, na relação e na troca com o outro. Na cena, a psicoterapeuta continua cantando e diz “quem gosta dele?”, aguardando que ele pudesse falar/concluir a frase musical e Jonas completa a música respondendo “filho”. Ao responder “filho”, o que não era o esperado para a frase da música pois a resposta para completar a música era “sou eu”, é possível hipotetizar que a palavra “filho” representava algo para Jonas, pois Jonas ele era o filho de alguém que não o filiou, o que levou a ser adotado e ter se tornado filho de outra pessoa. Percebe-se que à medida que Jonas foi conseguindo se integrar psiquicamente, ele conseguiu inclusive permitir a possibilidade de trabalhar sua própria história e seu lugar na relação com o outro.

Conforme mencionado anteriormente, foi escolhido um nome fictício para a criança, protagonista dos fatos clínicos que estão sendo analisados. A psicoterapeuta-pesquisadora escolheu o nome Jonas e, pouco depois, se lembrou da história de Jonas que há na Bíblia Sagrada. A história de Jonas começa quando ele deveria entregar uma mensagem de que haveria um castigo divino para as pessoas de uma determinada cidade. Por não entregar a mensagem, ao viajar de barco passa por uma tempestade no mar. Então, solicita-se aos tripulantes que ele seja jogado ao mar para que a tempestade pare ao considerar que a tempestade estava acontecendo pela desobediência dele e com isso ele é engolido por uma baleia e só sai de lá quando decide entregar a mensagem (Almeida Revista Atualizada, 1993/2022, Jonas 2:1-10).

A psicoterapeuta-pesquisadora se percebeu sofrendo os efeitos da contratransferência ao analisar os fatos clínicos, a ponto de retomar uma histórica bíblica e relacionar com a história de Jonas fazendo uma imagem visual do que Jonas sentia e vivia. O paciente Jonas não entregou a “mensagem” - de se relacionar com o outro. Ao invés disso, ao vivenciar um quadro autístico, fica preso em algo muito maior que ele, que o impede de falar com alguém, de olhar para alguém. Na história, quando Jonas aceita entregar a mensagem ele é cuspidor para fora da baleia e consegue viver. Jonas, à medida que vai se integrando e saindo do encapsulamento, tal qual proposto por Tustin (1981/1984), passa a realizar as interações e pequenas trocas com o outro.

Vollmer Filho (1994, p. 673) apresenta duas formas de compreender o fato clínico psicanalítico e percebe-se que psicoterapeuta-pesquisadora vivenciou o que o autor chama de “segundo nível de abstrações” imediato, ao formular e articular o fato clínico com conceitos teóricos a partir da percepção de sinais dos efeitos da contratransferência em si mesma, após a sessão. Ao finalizar a análise e a elaboração dos fatos clínicos psicanalíticos descritos, verifica-se que nem sempre essas construções e interpretações são possíveis de serem feitas durante a vivência do fato clínico. Isso acaba sendo feito a posteriori, quando se analisa o fato ocorrido no setting e se utiliza da teoria psicanalítica para construir um fato clínico psicanalítico. Conforme isso vai se repetindo, possibilita ao psicoterapeuta uma disponibilidade em ter mais recursos para transformar o fato clínico em fato clínico psicanalítico, na próxima sessão clínica que vier a vivenciar ao longo daquele processo terapêutico.

Conclusão

No decorrer do estudo foi possível entender o quão delicado é a formação subjetiva de uma criança. A construção da relação com o outro, a partir do olhar, da voz, da interação e da comunicação, são construções que inspiram muito cuidado. Especialmente no que tange ao autismo infantil, pois implica em considerar o atendimento a crianças cujo desenvolvimento foi atravessado por situações em que o desenvolvimento afetivo emocional não aconteceu de forma adequada. E, logo, demandam a importância de investimentos em prevenção e cuidado com a infância e as relações que a cercam.

A constatação de que a intervenção psicanalítica pode promover “fendas no estado encapsulado” de uma criança com autismo, foi um dos pontos-chaves na realização deste trabalho. Talvez seja esta luz, representada pelas fendas, que puderam iluminar a vida de Jonas, puderam trazer trocas entre ele e os presentes no setting terapêutico (coterapeuta, mãe e a psicoterapeuta-pesquisadora). As interações por meio do olhar e da fala, possibilitaram aliviar a angústia de estar diante de uma criança que não interagia, pois à medida que ele foi se abrindo para o outro ele foi encontrando um novo mundo e, com o auxílio da psicoterapia, ele pode melhor desbravar o seu próprio mundo. Assim, também a psicoterapeuta-pesquisadora pode vivenciar emoções mais gratificantes no decorrer do processo.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para o desenvolvimento do estudo e da prática clínica com crianças com autismo.

Referências

- Almeida Revista Atualizada. (2022). <https://www.bibliaonline.com.br/ara/jn/2>. (Trabalho original publicado em 1993).
- Alvarez, A. (2020). *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, desamparadas e que sofreram abusos*. Blucher.
- Associação Americana de Psiquiatria. (5a ed.). (2014). *DSM-5, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (M. I. C. Nascimento et al, Trad.) Artmed.

- Bion, W. R. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados – Second thoughts* (W. M. de Melo Dantas, Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1967)
- Catão, I. (2009). *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. Instituto Langage.
- Comunicação. (2022). In: *Oxford Languages*. Recuperado em Março de 2022.
- Dib, M. C. (2018). A procura de uma intenção comunicativa na ecolalia: estudo de um caso. *Jornal de psicanálise*. 50(93). 213-222. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352018000100017
- Dunker, C. I. L. & Kyrillos Neto F. (2011). A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*. 8(2) 1-15. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002
- Engolfado. (2021). In: *Dicio, Dicionário Online de Português*. Porto: 7Graus. Recuperado em Maio de 2021. <https://www.dicio.com.br/engolfado/>
- Eshraghi, A. A., Liu, G., Kay, S. S., Eshraghi, R. S., Mittal, J., Moshiree, B & Mittal, R. (2018). Epigenetics and Autism Spectrum Disorder: Is there a Correlation?. *Frontiers in Cellular Neuroscience*. doi: [10.3389/fncel.2018.00078](https://doi.org/10.3389/fncel.2018.00078)
- Gratier, M. (2017). A melodia antes das palavras? O papel da voz nas primeiras trocas sociais do bebê. In: Parlato-Oliveira, E. & Cohen, D. (Orgs.). *O bebê e o outro: seu entorno e suas interações*. (pp. 29-38). Instituto Langage.
- [Grove](#) , J., [Ripke](#), S., [Als](#), T. D., [Mattheisen](#), M., [Walters](#), R. K., [Won](#), H., [Pallesen](#), J., [Agerbo](#) E., [Andreassen](#), O. A., [Anney](#) R., [Awashti](#), S., [Belliveau](#), R., [Bettella](#), F., [Buxbaum](#), J. D., [Bybjerg-Grauholm](#), J., [Bækvad-Hansen](#), M., [Cerrato](#), F., [Chambert](#), K., . . . [Borglum](#), A. D. (2019). Identification of common genetic risk variants for autism

spectrum disorder. *Nat Genet.* 51(3): 431–444. doi:10.1038/s41588-019-0344-8.

Harris M. A. (2018). A relação entre inatividade física e bem-estar mental: resultados de uma intervenção de atividade física em toda a comunidade baseada em gamificação. *Psicologia da Saúde Aberta.* 1-8. doi: 10.1177/2055102917753853

Interação. (2022). In: *Oxford Languages*. Recuperado em Março de 2022. <https://languages.oup.com/google-dictionary-pt/>

Klein, M. (1991). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos.* (pp. 85-118). Imago. (Trabalho original publicado em 1952)

Korbivcher, C. F. (2007). Bion e Tustin. Os fenômenos autísticos e o referencial de Bion: uma proposta de aproximação. *Revista Brasileira de Psicanálise.* 41(2), 54-62. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000200006#:~:text=A%20proposta%20de%20incorporar%20o,constitu%C3%ADda%20nem%20registro%20de%20emo%C3%A7%C3%B5es.

Martinhago, F. & Caponi, S. (2019). Breve história das classificações em psiquiatria. *INTERthesis.* 16(1). 73-90. <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2019v16n1p73>

Marques, C. F. F. C. & Arruda, S. L. S. (2007). Autismo infantil e vínculo terapêutico. *Estudos de Psicologia.* 24(1). 115-124. <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a13.pdf>

Meltzer, D. (1979). *Exploracion del autismo.* (S. O. Gordon, Ed. & Trad.). Editorial Paidós S.A.I.C.F. (Trabalho original publicado em 1975)

Parlato-Oliveira, E. (2017). A importância da voz nos primórdios da constituição psíquica. In: Parlato-Oliveira, E. & Cohen, D. (Orgs.). *O bebê e o outro: seu entorno e suas interações.* (pp. 17-27). Instituto Langage.

- Quinodoz, J. M. (1994). Fatos clínicos ou fatos clínicos psicanalíticos? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 5631-634.
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=169075&indexSearch=ID>
- Reis, M. E. B. T. (2022). Construção de fatos clínicos psicanalíticos. In: Pinheiro, N. N. B.; Peres, R. S. & Cordeiro, S. N. (Orgs.). *Pesquisas acadêmicas em psicanálise: reflexões teóricas e ilustrações práticas*. (pp. 97-110). Pedro & João Editores.
- Saboia, C. (2007). Autismo e novas perspectivas clínicas. *Estilos da Clínica*. XII(23). 78-89.
<https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/68507/71042>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. & Ruiz, P. (11nd ed). (2017). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Artmed.
- Silva, A. M., Reis, M. E. B. T. & Barbeiro, F. S. (2020). Serei Aceito? Estudo exploratório sobre as vivências emocionais do segundo psicoterapeuta. *Interação em Psicologia*, 24(1), 534-544.
<http://dx.doi.org/10.5380/psi.v24i1.61231>
- Tustin, F. (1975). *Autismo e psicose infantil*. (P. P. de Sena Madureira & I. Casson Ed. & Trad. Imago). (Trabalho original publicado em 1972)
- Tustin, F. (1984). Estados Autísticos em Crianças. (M. S. Pech & J. M. Xisto Ed. & Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1981)
- Tustin, F. (2017). A perpetuação de um erro. In: P. Strozenberg & V. Vinheiro (Orgs.). *Autismo*. (pp. 87-107). Revista da Escola Letra Freudiana.
- Vargas, R. M. & Schmidt, C. (2019). Autismo e esquizofrenia: compreendendo diferentes condições. *UFSM*. 1-12.
<https://www.ufsm.br/unidades-universitarias/cc/wp-content/uploads/sites/373/2019/02/Rosanita-Moschini-Vargas.pdf>

Volmer Filho, G. (1994). A conceitualização do fato clínico psicanalítico.
Revista Brasileira Psicanalítica. XXVIII(4). 673-685.

Winnicott, D. W. (1971). O brincar & a realidade. In: Salomão, J. (Org.).
Coleção Psicologia Psicanalítica. Imago Editora LTDA.

Constituição do Sujeito na Primeiríssima Infância: impasses do uso dos eletrônicos

*Nayara Tiemi Naves
Katya Luciane de Oliveira*

Introdução

Parece natural que uma criança brinque ou que mais cedo ou mais tarde faça dos objetos outras representações, outros mundos, um faz de conta. Contudo, observa-se nos últimos anos que crianças cada vez mais novas que têm acesso às ferramentas eletrônicas, como o celular ou o tablet, preferem assistir aos vídeos infantis ou jogar, sentadas ou deitadas, tocando a tela com a ponta dos dedos. Os pais dizem que as ruas são perigosas, que não podem confiar nos pais dos amigos ou que a criança fica muito irritada se não está perto de sua conexão com a internet. Elas passam a ficar mais solitárias e imersas na tela, assim como os adultos também estão.

A criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela Lei Federal nº 8.609 em 1990 foi um marco para a regulamentação dos direitos das crianças brasileiras, sendo prioridade a sua proteção (Brasil, 1990). E, em 17 de setembro de 2025, foi promulgada a Lei Federal nº 15.211 que dispõe sobre a proteção de crianças e adolescentes em ambientes digitais, em que se descreve o acesso provável de crianças e adolescentes a esses ambientes (Brasil, 2025). Chama a atenção que essa última lei entrou em vigor após discussões incentivadas pela exposição de um influenciador digital sobre como as crianças e adolescentes estavam trabalhando em ambiente digital, supervisionados pelos seus responsáveis ou não, muitos com conteúdos considerados impróprios para a idade e situações em que havia violação dos direitos da criança e do adolescente.

Alguns dados contribuem para a discussão da necessidade de um ECA para ambientes virtuais. Em 2022, o percentual de usuários de internet acima de 10 anos foi de 87,2%, com uso habitual diário (93,4%) por meio do celular (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2023). A pandemia de Covid-19 contribuiu para o aumento no tempo de exposição

e uso de telas tanto pelos adultos quanto pelas crianças (Brito et al, 2023), apontado como um apoio para o cuidado das crianças e das tarefas domésticas (Sólis-Cordero et al, 2023). Consta na Lei Federal nº 15.211 que o produto é atrativo, de fácil acesso e utilização, bem como oferece risco a privacidade, segurança e ao desenvolvimento biopsicossocial (Brasil, 2025). Corroborando com Arantes e de-Morais (2022) que apontam outros fatores que colaboram com o aumento deste uso como a falta de supervisão dos familiares e muitas vezes o incentivo ao uso, além do poder altamente atrativo e que podem levar à dependência digital. A infância, nesse sentido, não parece ser um período improdutivo economicamente como se pode ouvir do senso comum, um tempo supostamente dedicado aos estudos e proibido ao trabalho.

O ato de brincar da criança é perpassado por essas novas formas de consumo. Desde a década de 1950, existe a associação da venda de brinquedos e produtos infantis às mídias como séries televisivas, filmes e gibis, sendo o produto a ser consumido tanto os brinquedos e objetos com sua marca, quanto as produções audiovisuais e literárias, um impulsionando as vendas do outro (Farias & Wortmann, 2022). É importante ressaltar que Farias e Wortmann (2022) referem-se também à “brinquedos virtuais”, como aparatos tecnológicos em que as crianças podem brincar dentro do ambiente virtual, ressaltando a articulação entre o real e o virtual na contemporaneidade. Contudo, cabe uma delimitação conceitual pois, no caso dos aparatos tecnológicos como smartphones, tablets, computadores, consoles e celulares não há a possibilidade de criação e representação imaginária de outra situação. Por ter uma estrutura sequencial e regras, tais aparatos permitem que a criança jogue um jogo (Kishimoto, 2017).

No brincar ou na brincadeira os sentidos são deslocados e transformados, um objeto pode representar outro, pode-se imaginar com desenhos, brincar com palavras nas piadas e charadas, o faz de conta é elaborado, permitindo infinitas estórias, regras próprias no jogo. No faz de conta a criança exerce papéis sociais, imita os adultos a sua volta, realiza metáforas, realiza ações sem correr riscos, enquanto ainda não possui um corpo maduro, responde ao que os pais ou cuidadores idealizam e antecipam no discurso suas expectativas para a criança (J. Jerusalinsky, 2014). Ainda que o brinquedo tenha características do mundo real, não são cópias idênticas, podem incorporar os elementos do mundo, como as figuras dos super-heróis e permitem esses deslocamentos (Kishimoto, 2017).

Para compreender mais sobre os efeitos positivos e negativos do uso de dispositivos de mídia em tela para o desenvolvimento infantil, é preciso ainda que sejam realizados mais estudos (Arantes & de-Morais, 2022; Ricci et al, 2023), pois pode auxiliar no processo de ensino e aprendizagem, mas também pode trazer consequências prejudiciais no desenvolvimento da linguagem e desenvolvimento cognitivo (Arantes & de-Morais, 2022), impactos na saúde mental como alterações psicológicas e compulsão alimentar, alterações no ritmo circadiano e impacto no desenvolvimento intelectual (Ricci et al, 2023). A recomendação recai sobre os pais e responsáveis pelas crianças, para que sejam orientados e supervisionem o uso saudável das tecnologias e que, junto às escolas, retomem e mantenham as atividades presenciais, que favoreçam o desenvolvimento, por exemplo, brincadeiras interativas e de socialização, evitando a exposição e uso excessivo de telas (Brito et al, 2023).

Ao considerar o aumento no uso das telas eletrônicas com acesso ao ambiente virtual pelas crianças, seu interesse nas mídias audiovisuais, jogos e produtos, existe uma disputa pelo tempo do brincar. Tempo esse que já é reduzido no ambiente familiar quando os cuidadores principais trabalham fora de casa (Sólis-Cordero et al, 2023). Desse modo, a pergunta que orienta este estudo é: como o uso das telas eletrônicas tem impactado a infância? Para respondê-la, fez-se um recorte considerando as crianças na primeiríssima infância, de zero aos três anos, e foram pesquisados estudos psicanalíticos que contribuíssem com o tema.

Assim, o objetivo geral foi compreender quais os impasses que o uso excessivo dos eletrônicos pode causar na constituição do sujeito e como objetivo específico entender a importância do brincar ativo e compartilhado nesta constituição. A metodologia utilizada foi o estudo conceitual de cunho bibliográfico não sistemático e em psicanálise.

A pequena criança e a tela eletrônica

Quando uma família espera a chegada de um bebê, são criadas expectativas que correspondem ao que cada membro dela pensa, questiona e deseja. Ele pode ter sido imaginado até mesmo na infância de sua mãe ou de seu pai, por exemplo, quando brincavam de boneca, davam da mamadeira, trocavam, colocavam para dormir e perguntavam à própria mãe como ela fazia quando eles mesmos tinham poucos meses de vida. Mesmo em gestações não planejadas ou indesejadas, as fantasias sobre a criança

percorrem o corpo de quem gesta, portanto, há uma diferença entre o bebê esperado e aquele que nasce. Esta diferença a princípio é saudável, pois o bebê aparece como único, bem como permite que seja inscrito no mito familiar, inserido no simbólico e pode se apropriar do lugar que lhe outorgaram (Teperman, 1999). Assim, mesmo recém-nascido, com as dobrinhas de pele e olhos que mal se abrem, já tem os olhos da mãe, o nariz do pai, reclama para mamar como a avó reclama que quer almoçar e os engasgos da mamada lembram as tosses do avô.

Ao mesmo tempo, tem existido uma busca por um saber anônimo, o dos resultados das pesquisas no ambiente virtual da internet. Podem ir de perguntas como “quais os nomes mais populares?” a fim de se escolher o nome do próximo filho a alguma postagem ou acompanhamento por aplicativo sobre maternidade acerca de algum sintoma desconhecido. O recurso da internet ganha peso e espaço na vida dos pais como representante do saber que antes era buscado nos avós, na comunidade, em outras mães e pais que faziam parte do convívio e traziam a bagagem cultural e geracional simbólica a ser transmitida (J. Jerusakinsky, 2017). Desde a gestação, portanto, o bebê está imerso na cultura, no que foi dito dele e para ele.

Após seu nascimento, o bebê poderá realizar movimentos para aliviar sua tensão, como os chutes e o choro, contudo, depende de um agente externo que faça a leitura de suas necessidades (Freud, 1905/2006a). Esse agente externo faz tal leitura, pois o bebê não possui inscrições prévias que dão lhe condições para saber o que lhe causa prazer, desprazer ou satisfação. Em outras palavras, uma pessoa lerá como dirigidos a ela os movimentos do corpo, choros e gritos e dará sentidos como a fome, o frio, dores, sono, os sentimentos, as vontades, ou seja, essa pessoa dará um “banho de linguagem” aos desconfortos orgânicos, atribuirá significantes e significados de acordo com seu próprio saber consciente e inconsciente (J. Jerusalinsky, 2002).

A sensação de satisfação da necessidade biológica que vem do aleitamento produz no bebê uma busca pelo seio da mãe a fim de obter novamente as sensações corpóreas para apaziguar a fome, então, o prazer é obtido na busca ativa para o objeto. Esse limite entre o biológico, somático e psíquico é chamado de pulsão (Freud, 1914/2006b). Em um segundo tempo, a satisfação é obtida pelo bebê em seu próprio corpo, de maneira autoerótica, como quando os bebês colocam a mão na boca e

chupam seus próprios dedos. Em um terceiro tempo o bebê se faz objeto de outra pessoa, se assujeita a um Outro que irá tomá-lo no jogo prazeroso, inaugurando sua posição enquanto sujeito, por exemplo, quando oferece a barriga para a mãe, que finge que a morde, fala de seu “barrigão grandão” provocando risos entre os dois; o bebê busca físgar o gozo do Outro (Lacan, 1964/1985). Estes três tempos configuram o circuito pulsional (J. Jerusalinsky, 2002).

Lacan (1964/1985) discorre que o conceito de pulsão é o que articula significante e corpo. Retomando o que foi dito acima, a pulsão vai além da satisfação da necessidade fisiológica, ela percorre um trajeto em forma de circuito, isto é, a pulsão teria de percorrer a dimensão do Outro para retornar a sua borda erógena. Logo, a incapacidade do bebê apresenta-se fisicamente, mas também por esta falta de um saber prévio do que lhe satisfaz, o qual este Outro com “o” maiúsculo, encarnado pela mãe, pode significar (J. Jerusalinsky, 2002).

“O conceito de Outro é introduzido por Lacan para definir aquilo que é anterior ao sujeito e o determina em sua constituição: a linguagem” (J. Jerusalinsky, 2002, p. 58). O Outro representa a história da criança e de seus pais, o lugar que foi dado a ela, as palavras do discurso e como este chega a ela, o cuidado em seu corpo quando ainda era bebê, elementos que permitem o desenvolvimento, o brincar. Quando não pode ser realizado pelos pais, outro adulto deve cumprir este papel (Coriat, 2014). Assim, Lacan (1960/1998) situa o Outro como o lugar do significante.

Geralmente, em uma relação que vai bem entre a mãe e o bebê, os cuidados básicos e necessários estão mais além, em outras palavras, existe satisfação, uma troca prazerosa nas cócegas e assopros na barriga que a mãe faz ao trocar as fraldas do filho, no sugar do bebê que faz o seio de “chupeta”, no “comer o pé” e outras partes do corpo enquanto se dá banho. Esta relação armada em que o bebê oferece seu corpo para o Outro, busca seu toque, olhar e voz, suposta pela mãe como uma brincadeira, é uma pequena mostra do circuito da pulsão. O bebê imita a mãe, que responde atribuindo-lhe o saber e assim ele pode posteriormente conseguir brincar. Este recobrimento do corpo com o simbólico tira o bebê de seu desamparo, e, a interpretação da mãe, no exercício da função materna, estabelece um funcionamento corporal subjetivado, organiza os ritmos do corpo como o sono e a vigília, a fome tomando-os como prazer e desprazer. Neste sentido, é preciso recordar que não é simplesmente sobre a condição intelectual e

sobre as intenções conscientes que se articula a posição psíquica que permite o exercício das funções materna e paterna, já que o desejo é inconsciente, então, não pode ser “ensinado” (J. Jerusalinsky, 2002).

Então, um bebê precisa ficar referido ao lugar que o Outro lhe dá, em uma operação de alienação. Porém, para que ele não fique reduzido à condição de objeto e desejo de outrem, podendo também tornar-se sujeito do desejo, é preciso que a relação mãe-bebê seja referida a uma Lei e uma alteridade e, então, pode ser conduzido à vida em sociedade (Bernardino, 2009). A. Jerusalinsky (1989) afirma que a função paterna estabelece os termos que permitem a operação da separação e da alienação, “processos necessários para que a pulsão desenvolva um percurso que não fique achatado sobre o real do corpo do bebê, mas que percorra o que o desejo do Outro Primordial lhe marca como destino” (p. 187).

Pelo exercício da alterização, o bebê é empurrado a procurar novas formas de satisfação, não mais em seu próprio corpo ou no corpo de sua mãe, “quando, no laço mãe-filho, opera a alteridade, encontraremos do lado da mãe o lugar à surpresa e do lado do filho a possibilidade de vir a abrir a interrogação pelo desejo” (J. Jerusalinsky, 2002, p. 170). A operação da função paterna permite que ele possa se distanciar do Outro e utilizar a linguagem em sua função simbólica como o substituto da presença do Outro. Vale ressaltar que para isso ocorrer é preciso que a mãe tenha a criança numa posição de referência a um terceiro (geralmente o pai ou o trabalho) em seu laço com ele, não fazendo dessa criança um objeto que se presta unicamente a sua satisfação (J. Jerusalinsky, 2002).

Na tentativa de responder o que é interrogado pelo Outro, o sujeito constrói seu conhecimento. A criança se depara com a angústia de não poder cumprir com o ideal que se espera dela, e, tanto as crianças quanto os adultos encontram formas para lidar com esse vazio: por meio da magia ou da crença - religião, a domesticação do objeto por meio da lógica - ciência, ou permanecer na reflexão deste lugar de ignorância - psicanálise. Assim, os pensamentos mágico, animista ou investigativo fazem parte da constituição do sujeito (A. Jerusalinsky, 1989).

Assim, como já dito, o bebê não conta com recursos simbólicos da mesma forma que uma criança, seus jogos estão sustentados por um Outro encarnado e em relação: no laço mãe-bebê. Esses jogos constituintes que permitem que haja uma transmissão. O corpo do bebê é erogenizado pelo Outro, todos os seus orifícios, zonas erógenas, são recobertas pelos

significantes maternos e investidos pelo prazer. No terceiro tempo do circuito pulsional, a mãe supõe que o bebê está brincando, dando-lhe a mão para beijar no movimento que faz para explorar o buraco corporal dela. Posteriormente, a mãe pode ofertar substitutos à sua presença, são os primeiros objetos como chocalhos, “cheirinhos”, mordedores, assim, apresenta a metáfora. Para isso, a mãe também deve ter o bebê como transicional para ela (J. Jerusalinsky, 2014).

Desse modo, quando o bebê começa a conseguir deslocar-se sozinho pela casa, apropria-se do espaço e dos buracos que encontra, como as tomadas, vão do sofá e furos nas roupas (jogos de esburacamento). Neste momento, começa a derrubar o conteúdo das gavetas (explorando o continente e o conteúdo), bem como lambuza-se com o que encontra: água, barro, margarina, molho de macarrão (jogos de superfície). No jogo de presença e ausência, como o “cadê-achou”, é inscrita uma alternância simbólica, sustentados no laço mãe-bebê. Para que um bebê se torne um ser desejante (o que equivale a ser autônomo e singular) é necessário que ele possa ter experiência de descontinuidade (J. Jerusalinsky, 2014).

Os jogos de borda oferecem a possibilidade de estruturar o espaço e também condições para a separação, e é ali, onde o real está descontinuado, que a palavra deixa sua marca. Por volta dos seis meses já se observa em um bebê típico o jogo de lançar os objetos e a sinalização para que o outro recupere, e os pais sustentam a perda e a recuperação do objeto, o que permite que a satisfação e insatisfação advenham. O laço com o Outro é estabelecido por meio do endereçamento situado nessa dimensão (J. Jerusalinsky, 2014).

Por fim, é importante ressaltar a borda temporal. Os jogos de expectativa e surpresa podem acontecer desde muito cedo, quando a mãe diz “vou pegar... eu vou pegar...” e se aproxima aos poucos, ou quando canta alguma cantiga e suprime a última palavra, para dizê-la com outra entonação que causa risos e palmas. Nestes momentos, o bebê pode rir antes mesmo das cócegas ou do final da cantiga, a mãe atribui o saber a ele (J. Jerusalinsky, 2014). Os jogos precursores dos bebês e das crianças pequenas se tornam brincadeiras, torna-se possível fantasiar (J. Jerusalinsky, 2011).

Freud (1920/2006c) descreve uma brincadeira de “desaparecimento e retorno” realizada por uma criança de um ano e meio de idade em que dizia “o-o-o-ó” quando o pequeno objeto jogado por ele ia para os cantos

ou sumia debaixo da cama, também quando jogava um carretel para debaixo das cortinas e o puxava de volta pela cordinha. Segundo sua mãe, estava dizendo “Fort”, isto é, “ir embora” e ao pegar os objetos de volta dizia “Da”, “ali”. A brincadeira criada encenava a saída da mãe, que assim podia ir sem queixas da criança. Essa experiência apresenta a mudança da posição passiva para a posição ativa da criança, mesmo que fosse uma ação desagradável encenar a partida da mãe.

No jogo do Fort-Da, a criança coloca em série a ausência-presença, bem como, diz respeito a ensaios anteriores do bebê, como as imitações e jogos de borda (A. Jerusalinsky, 1989).

Na dimensão metafórica do faz-de-conta a criança goza dos jogos em que se projeta enquanto realizadora dos ideais-do-eu, buscando apropriar-se de traços identificatórios que lhe garantiriam encarnar o desejo do Outro. Se o desejo é o desejo do Outro, por meio de tal brincar a criança se joga, se lança a ocupar a posição de senhora do (seu) desejo (J. Jerusalinsky, 2014, p. 233).

Isto posto, além do brincar permitir que a criança se coloque ativamente em relação ao que lhe ocorre de desprazer durante a vida em busca a recuperação do prazer, ele também é fundamental para a constituição do sujeito. A partir do brincar, o sujeito pode se apropriar do mundo, exercitar o deslizamento dos significantes nas atividades lúdicas e construir processos de pensamento (Pinho, 2001).

Suprimindo-se os turnos dialógicos e as trocas no brincar - em que há espera, antecipação, surpresa e tantos outros aspectos -, pela contemplação de um objeto eletrônico que mostra a cena pronta com luzes, cores, músicas e a possibilidade de ir ao próximo, caso o atual não capture (passar de um vídeo ao outro sem o término), e a possibilidade de não haver fim nessas apresentações, suprime-se também a montagem do campo pulsional.

A contemplação passiva do objeto pode ser notada não somente nos eletrônicos mais recentes como o celular, mas também nos brinquedos bastante elaborados e com funções específicas, repetitivas, pré-programadas para determinados movimentos, sons e respostas. Segundo A. Jerusalinsky (2003) “as crianças adaptam-se facilmente à supressão da escansão entre o momento da demanda e o momento da satisfação” (p.39).

O tempo de ausência é suprimido e os objetos não são utilizados para produzir a metáfora diante da falta do Outro. “[Os objetos] não estão atravessados pela função paterna em uma extensão dos circuitos de satisfação referidos a um traço unário fundamental” (J. Jerusalinsky, 2017, p. 47). Sem esta operação, a linguagem não pode ser utilizada em sua função simbólica, o Outro está sempre presente e não precisa ser substituído. A autora utiliza o termo cidadão wireless para se referir a perda do fio que conecta dois ou mais pontos, o fio simbólico que alinhava o fazer do sujeito. Assim, as bordas reais e simbólicas não são conhecidas, o que promove atuações e passagens ao ato. Isto é, diante da tela do eletrônico que não arma o circuito de demanda com o bebê, seus gestos ficam sem direcionamento, os movimentos e vocalizações não tem endereçamento, são descargas de excitação, interpretadas por muitos como movimentos estereotipados, dando a ver os efeitos da intoxicação eletrônica (J. Jerusalinsky, 2017, J. Jerusalinsky, 2019).

Meira (2003) aponta para a hiperestimulação sobre os bebês com diversos brinquedos seguros e limpos, expressando o ideal dos pais de que nada lhes falte, ao mesmo tempo em que estejam protegidos e sempre diante do olhar do Outro. Dá exemplos como os novos parquinhos, feitos de plástico e em gramados artificiais nos shoppings, em que, se não os pais, monitores podem acompanhar a criança em suas idas e vindas por diferentes brinquedos que lhes ofertam somente isto, a entrada e a saída, seguida de troca para outro quando não é mais interessante.

Certamente, um bebê conta com uma maior neuroplasticidade e abertura para inscrições psíquicas, mas que mesmo que o organismo seja hígido, se não houver o Outro que convoque o bebê, supondo-o como sujeito, para pôr este corpo em funcionamento, o desejo não poderá advir (J. Jerusalinsky, 2002). Essa convocação é permeada pela via do prazer, ocorrendo trocas prazerosas e armando-se relações, que permitirão experimentações e intercâmbios cada vez mais elaborados, como resposta do desejo do bebê ou da criança em corresponder. Quando se pensa em crianças na primeiríssima infância, de zero aos três anos, na qual se está radicalmente exposto ao lugar que o Outro lhe dá, se este intercâmbio for feito com a introdução de eletrônicos que respondem de maneira não endereçada, automática e repetitiva, a matriz dialógica não será produzida (J. Jerusalinsky, 2017). A autora aponta para uma mortificação, um excesso sensorial que acontece sem que o prazer e o desprazer se articulem a uma cadeia significativa, ou seja, sem que esses acessos à internet possam ser

elaborados como experiências. O uso sem limites e da forma como foi descrita aqui, em substituição de funções estruturantes e organizadoras, acarreta agravos para o desenvolvimento do bebê e da pequena criança.

A introdução precoce dos eletrônicos como entretenimento, de forma que o bebê ou a criança fiquem passivos na única atividade de assistir ou usar a ponta dos dedos para interagir em jogos pré-programados, pode causar empecilhos na constituição do sujeito se essa atividade se apresenta enquanto substituição do laço com o Outro ou em substituição do brincar enquanto atividade estruturante. Dificulta-se que a criança se torne detentora de seu saber, coloque a prova o que aprendeu pelos adultos, brinque de forma a construir metáforas do que lhe acontece durante a vida, seus desprazeres, e, por fim, constitua-se como um sujeito. Acarretando, então, dificuldades na aquisição da linguagem, na apropriação corporal e na realização de atividades a que este corpo tem potencial e em estabelecer relações e laços sociais com os pares. Dificuldades também no desenvolvimento de um brincar com faz de conta, narrativa, atravessado pelo simbólico.

O brincar ativo, a ação do corpo, muitas vezes surge no espaço do tédio, onde não se tem mais o que fazer, e, então, busca-se criar e ser inventivo, momento em que se ouve a frase que é quase um ditado: “se tá quieto é porque tá fazendo arte”. O que é tido como arte, geralmente são brincadeiras que, na prova das coisas, bagunçam o lugar, sujam tudo e recobrem as bordas do corpo. O brincar é um ato fundamental à criação de um espaço e tempo para a criança ser para além da lógica do consumo. A criança inventa uma narrativa única com os recursos que encontra, sejam eles os objetos do mundo ou as imagens virtuais, utilizando-se da linguagem oral ou corporal. Mesmo que não registre suas histórias, elas dizem de si e para si.

Considerações finais

Os eletrônicos são inseridos na lógica contemporânea de que quanto menor o mal-estar, melhor está se fazendo, ou seja, as tecnologias são feitas supostamente para amenizar o desconforto (o mapa do tráfego urbano em tempo real a fim de evitar as vias congestionadas), deixar a vida mais prática (como uma panela elétrica que desliga automaticamente), poupar trabalhos excessivos e entretenimento para “passar o tempo”. O uso dos eletrônicos e da internet vem sendo feito pela maioria das pessoas,

atribuindo um saber destituído da relação com o Outro e da transmissão inconsciente do saber de uma geração à seguinte, bem como dos significantes familiares.

Um bebê não é dotado de inscrições prévias que denotem um saber do que lhe é prazeroso, do que lhe causa satisfação, é na relação com um agente externo que tem suas experiências, o agente que realiza a função materna, e é na relação com o Outro que se constrói um brincar. Diante da tela do eletrônico os circuitos pulsionais não são armados, os gestos do bebê ficam sem direcionamento, os movimentos e vocalizações não tem endereçamento, são descargas de excitação, interpretadas por muitos como movimentos estereotipados, assim, o uso dos eletrônicos de forma passiva cria diversos empecilhos como dificuldade na entrada da linguagem e entraves na apropriação corporal. Portanto, além do brincar permitir que a criança se coloque ativamente em relação ao que lhe ocorre de desprazer durante a vida em busca a recuperação do prazer, também é fundamental para a constituição do sujeito, pois permite que ela seja detentora do seu saber, além da organização das bordas corporais e a produção de bordas estruturantes entre a fantasia e a realidade.

A superexposição das telas neste período pode agravar a relação que já não vai bem de um bebê ou uma criança com seus semelhantes, cuidadores, agentes das funções materna e paterna. Surgem questionamentos sobre possíveis patologias como o autismo e o aumento nos diagnósticos depois deste período, os quais, neste momento ficarão suspensos e como sugestão para próximas pesquisas. Por isso, é preciso que os profissionais estejam advertidos de tais riscos que recolhem na clínica em um tempo em que se exaltam as vantagens da virtualidade, mas é preciso fazê-lo sem cair em um tom sombrio diante das novas linguagens eletrônicas e modos de comunicação virtual. Sustentando a ética da aposta em um sujeito do desejo, as intervenções terapêuticas podem ocorrer por meio dos eletrônicos e da internet, como uma ferramenta para o trabalho, podendo, inclusive, dar lugar a invenção de brincadeiras prazerosas e compartilhadas. Necessita-se, contudo, de muito esforço e energia para convocar a criança para outra lógica, a de uma interação endereçada, interessada e permeada por trocas.

Referências

- Arantes, M. C. B., & de-Morais, E. A. (2022). Exposição e uso de dispositivo de mídia na primeira infância. *Residência Pediátrica*, 12(4), 1-14. Recuperado em 26/05/2025 em: <http://residenciapediatrica.com.br//detalhes/1211>.
- Bernardino, L. M. F. (2009). O trabalho interdisciplinar com bebês e a psicanálise. In: Oliveira, E. F. L., Ferreira, S. S., & Barretto, T. A. (Orgs.). *As interfaces na Clínica com bebês*. NINAR Núcleo de Estudos Psicanalíticos.
- Brasil (1990). Lei nº 8.609 de 13 de julho de 1990. Recuperado em 01/09/2025 em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.
- Brasil (2025). Lei nº 15.211 de 17 de setembro de 2025. Recuperado em 01/10/2025 em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/L15211.htm.
- Brito, P. K. H., Soares, A. R., Bezerra, I. C. S., Reichert, L. P., Santos, N. C. C. B., Collet, N., Santos, P. F. B. B., & Reichert, A. P. S. (2023). Repercussão da pandemia da Covid-19 no uso de telas na primeiríssima infância. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 44. 1-8. doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20230012.pt
- Coriat, E. (2014). O objeto do especialista. In: *Escritos da Criança*, 3. (3ª ed.). Centro Lydia Coriat.
- Farias, M. C. & Wortmann, M. L. (2022). O brincar e o brinquedo na era digital. *Revista do Centro de Educação - UFSM*, 47(1). 1-22. <http://dx.doi.org/10.5902/1984644452854>
- Freud, S. (2006a). Três ensaios sobre sexualidade. In: Freud, S. *Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre Sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (Vol. 7). Imago. (Obra original publicada em 1905).
- Freud, S. (2006b). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Freud, S. *A história do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)*. Edição Standard

- Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (Vol. 14). Imago. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (2006c). Além do Princípio do Prazer. In: Freud, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (Vol. 18). Rio de Janeiro, Imago. (Obra original publicada em 1920).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2023). Diretoria de Pesquisa. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua 2016/2023. Recuperado em 01/05/2024 em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/baf49b4ab43ec70bcba5f01d7f512ffd.pdf.
- Jerusalinsky, A. (2004). Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar. (3ª ed.). Artes e Ofícios.
- Jerusalinsky, J. (2002). Enquanto o futuro não vem: A psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2014). A criação da criança: Brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê. Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2017). Que rede nos sustenta no balanço da web? – o sujeito na era das relações virtuais. In: Batista, A. & Jerusalinsky, J. (Orgs). Intoxicações eletrônicas: o sujeito na era das relações virtuais. Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2019). O sujeito wireless e a inscrição da borda entre realidade e fantasia na era das relações virtuais. In: Freire, C. Z. & Chiaradia, R. (Orgs). Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba - Psicanálise e Contemporaneidade (APC), 35. Ed. Juruá.
- Kishimoto, T. M. (2017). O jogo e a educação infantil. Em: Kishimoto, T. M. (Org.). Jogo, brinquedo, brincadeira e educação. 8 ed. São Paulo: Cortez.
- Lacan, J. (1985). Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. (2ª ed.). Zahar. (Obra original publicada em 1964).
- Lacan, J. (1998). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: Lacan, J. Escritos. Ed. Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1960).

- Meira, A. M. (2003). Pequenos brinquedos, jogos sem fim – Os sintomas no brincar da criança contemporânea. In: Meira, A. M. (Org.). *Novos sintomas. Ágalma*.
- Pinho, G. S. (2001). O brincar na clínica interdisciplinar com crianças. In: *Escritos da Criança*, n. 6. (2ª ed.). Centro Lydia Coriat.
- Ricci, R. C., Paulo, A. S. C., Freitas, A. K. P. B., Ribeiro, I. C. Pires, L. S. A. . . . Larroque, M. M. (2023). Impacts of technology on children's health: a systematic review. *Revista Paulista de Pediatria*, 41. 1-8. doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2020504
- Sólis-Cordero, K., Rocha, J. C. A., Marinho, P., Camargo, P., & Fujimori, E. (2023). O brincar na rotina doméstica para a promoção do desenvolvimento infantil: estudo transversal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 44. 1-15. doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220127.pt
- Teperman, D. W. (1999). Do desejo dos pais ao sujeito do desejo. *Estilos da clínica*, 4 (7). 151-158. Recuperado 20/08/2024 em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281999000200015

Famílias encaminhadas pelo Judiciário para tratamento: entrevistas iniciais e construção de demanda em psicoterapia

Hellen Lima Buriolla

Máira Bonafé Sei

Rebeca Nonato Machado

Introdução

A família e o ambiente têm função essencial para o desenvolvimento emocional saudável do indivíduo (Winnicott, 1947/2000), exercendo um papel fundamental na construção da identidade do sujeito, transmitindo sua cultura, valores e crenças (Magalhães & Féres-Carneiro, 2009). Para Kaës (2014), os sujeitos, ao se relacionarem uns com os outros, identificam-se tanto entre si quanto em relação a um objeto comum, em que instituem e selam alianças, a fim de manter e reassegurar sua relação, bem como os conteúdos e o investimento narcísico de cada membro do grupo. Para o autor, as alianças podem possuir função estruturante para a vida psíquica do sujeito e do grupo ou, por outro lado, serem essencialmente defensivas e até mesmo alienantes, destrutivas e patológicas.

A aliança estabelecida entre os sujeitos interpõe um acordo que une aqueles que nela se inscrevem, mas que também exclui aqueles que estão fora dela, buscando eliminar certos conteúdos que de outra forma levariam ao conflito ou ameaçariam a permanência do vínculo (Kaës, 2014). Esta exclusão dos conteúdos ameaçadores ao vínculo foi denominada por Kaës (2014) como pacto denegativo, cujo destino desse material que não pode vir à tona é o recalque, a partir do qual o material passa a ser inconsciente.

Segundo Kaës (2001), o pacto denegativo está presente tanto nas diferentes instituições ou grupos quanto no sujeito individual, contendo duas polaridades: uma positiva e organizadora dos laços e do conjunto intersubjetivo, e outra negativa e defensiva. Nesse ponto, o pacto denegativo torna-se um complemento de um contrato narcísico. Segundo

Aulagnier (1975), o contrato narcísico se apresenta como um acordo inconsciente travado entre a família e o bebê recém-chegado, em que este último é convidado a ser sujeito, mas também herdeiro, assegurando a continuidade dos valores, das fantasias do grupo familiar e a autoconservação tanto do sujeito quanto do grupo que o precede.

Assim, a transmissão psíquica transgeracional pode se organizar através do negativo, ou seja, aquilo que não pode ser contido, por segredos ou violências vividas e não elaboradas no psiquismo dos pais, é depositado no psiquismo da criança (Kaës, 2001; Correa, 2003). Quando há acontecimentos traumáticos, que incapacitam, limitam ou impedem que o sujeito acesse processos de simbolização, este herdeiro estará sujeito a um aumento da violência nos diversos espaços psíquicos (Correa, 2003).

A violência pode surgir como um elemento presente na dinâmica do grupo familiar e causar profundas marcas no psiquismo, interferindo no processo de desenvolvimento dos membros do grupo familiar (Sei, 2008). Entretanto, a violência pode ou não ser reconhecida pelo grupo familiar, pois a família pode, a depender das alianças estabelecidas, apresentar mecanismos de defesa primitivos, mantendo o fenômeno da violência na dinâmica familiar. Ao perceber tais aspectos, o pacto de silêncio estabelecido nessas famílias e o não reconhecimento dos atos praticados como sendo violentos ou causadores de traumas, da mesma maneira que o medo do rompimento dos vínculos familiares, apresentam-se como alguns dos obstáculos no trabalho psicoterapêutico familiar (Sei, 2008).

Desta forma, ao pensar no grupo familiar e nos atravessamentos que o permeiam, é importante lembrar que a família está inserida em um contexto social, ou seja, o aparelho psíquico familiar (Kaës, 2005) existe e se conecta com uma espécie de aparelho psíquico social (sociedade). O contexto específico desta pesquisa é o Sistema Judiciário, que é parte da sociedade e um mecanismo criado pela mesma a fim de garantir o “controle dos corpos” (Foucault, 1996).

Na maioria dos casos de psicoterapia familiar, a demanda psicoterapêutica inicialmente é de um terceiro, podendo partir de um organismo judicial ou indicação da rede de atendimento básico (Moguillansky & Nussbaum, 2011). Quando a demanda parte de um organismo judicial, dentre as diversas varas que compõem o Sistema Judiciário, a Vara da Família e a Vara da Infância e da Juventude foram identificadas como as que usualmente eram responsáveis pelo

encaminhamento do grupo familiar para a psicoterapia. As situações que levam o Sistema Judiciário a realizar esses encaminhamentos são diversas, incluindo famílias em situação de vulnerabilidade social, agressões físicas, abuso sexual, negligência, violência contra a mulher, dependência química grave de algum dos membros da família, entre outras (Benetti, 2006).

Diante disso, as famílias são encaminhadas por meio de uma “demanda por mandato” (Rocha, 2012), necessitando que seja construído, em conjunto com o grupo familiar, uma demanda em nome da própria família. Posto isso, para que o processo psicoterapêutico se inicie, é preciso estar claro para a família a importância de sua realização. Segundo Moguillansky e Nussbaum (2011), “é importante que a demanda de atendimento familiar provenha da preocupação dos membros da família e da família como conjunto com seu modo de funcionamento; que busquem na consulta vincular um saber sobre como são em conjunto” (p. 210). Desta forma, o psicoterapeuta possui o papel de auxiliar a família a realizar a passagem da obrigação à elaboração da sua própria demanda de tratamento (Machado, Féres-Carneiro, & Magalhães 2008, 2011).

O período das entrevistas iniciais permite ao psicoterapeuta compreender e elucidar o motivo latente que permeia o desejo de elaboração e transformação psíquica da família (Machado et al., 2011). Contudo, esse desejo se apresenta ambivalente, pois a transformação psíquica pode ser vivenciada como uma ameaça, na medida em que o sintoma, neste caso alguma forma de violência familiar, foi a "solução" encontrada pelo aparelho psíquico para sobreviver ao conflito (Machado et al., 2011).

Para que se inicie o processo terapêutico é preciso investigar a disponibilidade interna dos familiares, para que seja efetivada a construção de suas próprias motivações. Mas, como afirmam Moguillansky e Nussbaum (2011), “independente de haver uma demanda, precisamos instituir um contexto que permita a exposição dessa demanda” (p. 210). Quanto ao contexto, é importante pensar que muitas vezes estas famílias chegam para atendimento com problemas muito complexos, cujos vínculos frequentemente estão ameaçados de entrar em colapso.

A demanda que surge se pauta em problemas emergentes cuja ausência de embasamento narcísico da família impossibilita ou dificulta que o grupo familiar tenha condições para lidar com os conflitos familiares vigentes. A família sofre pela ausência da fantasia que dê a ela o sentimento

de pertencimento a esse conjunto, não apresentando uma estrutura própria que sustente os vínculos ao ponto de tolerarem a sobrecarga de suas emoções (Moguillansky & Nussbaum, 2011).

Posto isso, este trabalho visou refletir sobre o papel das entrevistas iniciais na compreensão da dinâmica familiar e na construção de demanda compartilhada com famílias encaminhadas pelo sistema judiciário para psicoterapia familiar.

Percurso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa cuja investigação se pautou no método clínico psicanalítico a partir de um estudo de casos múltiplos. Macedo e Dockhorn (2015) afirmam que a pesquisa em psicanálise trabalha com um sujeito desperto e sobretudo ativo no processo de elaboração e transformação de seus conteúdos, colocando o sujeito como “protagonista deste processo” (p. 84). A escolha pela estratégia de casos múltiplos deve-se ao fato desta permitir a reflexão sobre o contexto no qual o sujeito analisado está inserido, facilitando a percepção de “fenômenos, sintomas, experiências, estruturas, relações com o outro, etc, que possam se repetir em diferentes situações” (Verztman, 2013, p. 76).

Este estudo foi realizado com três famílias encaminhadas, pelo Sistema Judiciário, para psicoterapia de família, vinculada a um projeto de extensão que realiza atendimentos clínicos psicanalíticos a casais e famílias. O projeto é realizado em uma universidade pública do interior do Paraná. O número de casos baseou-se nos assinalamentos de Yin (2005), que afirma ser possível utilizar no mínimo três ou quatro casos para que seja caracterizado como estudo de casos múltiplos.

Ao longo dos atendimentos, foram utilizados alguns instrumentos como facilitadores no setting psicoterapêutico como genograma (Franco & Sei, 2015), linha da vida (Poletto et al., 2015) e espaçograma (Benghozi, 2010). Esses instrumentos foram escolhidos por possibilitarem maior compreensão acerca das configurações, vínculos e espaços que cada membro do grupo familiar ocupa na trama familiar.

Foi realizado contato telefônico com as famílias com o objetivo de informar sobre o encaminhamento feito pelo Sistema Judiciário para o serviço e convidá-las a participarem dos atendimentos psicoterapêuticos familiares oferecidos pelo projeto. Logo na primeira sessão foi explicado a

elas o funcionamento do projeto, bem como a existência da pesquisa e seus respectivos objetivos. Após apresentadas todas as informações, as famílias assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi iniciado o período de entrevistas iniciais a fim de construir juntamente ao grupo familiar uma demanda compartilhada pela psicoterapia. Em relação aos aspectos éticos, o projeto que originou esta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição na qual foi desenvolvida.

Após as sessões com as famílias, foram elaborados os relatos das sessões, que posteriormente foram discutidos em supervisão individual e coletiva. Os dados elucidados ao longo das entrevistas iniciais com as famílias foram, então, discutidos com o próprio grupo familiar, quando estes apresentaram interesse em obter uma devolutiva acerca dos atendimentos realizados.

Resultados e Análises dos dados

A análise dos dados visou discutir os casos atendidos a partir do referencial da Psicanálise de Casal e Família. Os casos foram relatados de forma sintetizada, conforme os assinalamentos de Leitão (2018), que argumenta que o relato de caso deve conter os dados necessários articulados à teoria para o que se quer explicitar.

Caso I

A Família I era composta pela mãe Vilma (44 anos), o pai João (51 anos) e quatro filhos, Ricardo (25 anos), Larissa (18 anos), Laura (13 anos) e Kaio (8 anos). Vilma era do lar e a principal responsável pelo cuidado diário dos filhos Larissa, Laura e Kaio. João trabalhava em outra cidade, apenas retornando ao lar da família aos finais de semana. Ricardo, o filho mais velho, não residia com sua família de origem, havia se casado e possuía duas filhas, sendo uma recém-nascida. Diante disso, primeiramente foi proposto que as entrevistas iniciais com a família ocorressem com o subsistema familiar destacado em azul na Figura 1.

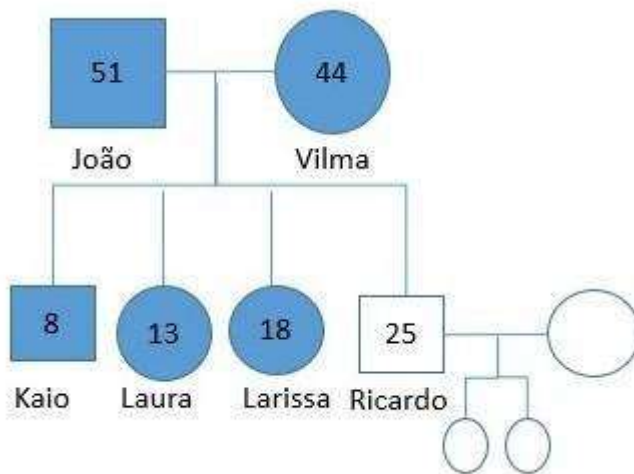


Figura 1. Genograma Família I - Elaborado pelas autoras

Vilma era alcoolista e, devido a diversas agressões verbais e físicas contra Laura, aliadas a outras situações de negligência para com os filhos, acabara por perder a guarda dos filhos menores, Laura e Kaio. Diante disso, a família foi encaminhada pelo Sistema Judiciário para psicoterapia familiar com o objetivo de trabalhar o vínculo entre mãe e filhos, principalmente entre Vilma e Laura devido a um longo histórico de violência entre elas. O Sistema Judiciário também solicitou que fossem trabalhadas questões relacionadas à parentalidade, em especial, o papel de João no cuidado com as crianças.

Ao longo dos atendimentos foi possível observar que Laura era colocada como o “paciente identificado”, na qual a família tendia a depositar a patologia do grupo familiar (Machado et al., 2008; Souza & Sei, 2014; Ramos, 1992). Assim, na visão do grupo familiar, os problemas familiares vigentes eram relativos aos comportamentos de Laura e à relação dela com Vilma.

Ainda que Laura, segundo a própria família, fosse a única problemática em questão na relação familiar, o grupo se negava a apresentá-la à terapeuta. Embora a mãe afirmasse que a terapeuta deveria conhecer Laura, a família demonstrava dificuldades em levá-la às sessões. A terapeuta apenas conheceu Laura no quarto encontro com a família, sendo que foram realizadas apenas seis sessões com eles.

Mesmo após a terapeuta se negar a atender o grupo familiar no segundo encontro com a família, devido à ausência de Laura, Vilma reiterou o comportamento no terceiro encontro, tendo levado sua filha mais velha para a terapeuta conhecer e pedindo durante a sessão que Larissa contasse como sua irmã Laura era dentro de casa. Enquanto isso, Laura havia ficado em casa cuidando do filho da vizinha. Diante disso, pode-se pensar que o grupo familiar, principalmente a figura de Vilma, parecia querer incluir a terapeuta no conluio de fantasias, a fim de convencê-la que o único conflito existente no grupo familiar se relacionava à existência de Laura. Assim, a família tentava manter a sua tendência de agir e reagir de acordo com o material fantasiado, buscando evitar que a terapeuta agisse como força centrípeta (Eiguer, 1995), capaz de “extrair” conteúdos que estavam encobertos na dinâmica familiar, na tentativa de manter Laura como a razão dos problemas familiares.

Desta forma, por entender que todo o grupo depositara em Laura a responsabilidade pelos conflitos familiares, e que esta era um fantasma no setting até aquele momento, a psicoterapeuta deixou claro que no encontro seguinte Laura deveria comparecer, caso contrário não haveria atendimento à família. Ao conhecer a garota, a psicoterapeuta pôde notar que Laura era a porta voz dos problemas familiares e, possivelmente por isso, mesmo que inconscientemente, tentavam isolá-la e fazer com que a psicoterapeuta se juntasse ao grupo contra ela.

Laura era a única filha que falava que a mãe “era uma bêbada” (sic), que enfrentava Vilma quando bebia, alertava sobre as situações dentro de casa ligadas ao problema de Vilma em relação ao uso abusivo de álcool e à ausência do pai na família. Outro aspecto importante acerca da relação familiar é que havia dualidade na fala de Vilma quando se tratava de Laura. Ao mesmo tempo que Vilma se orgulhava da proatividade e das iniciativas da filha em ter o próprio dinheiro (Laura fazia tapetes de crochê e vendia doces na escola), também queria que a filha fosse mais “sossegada” (sic.). A respeito disso, é importante destacar que Vilma relatou que gostaria de trabalhar, mas João era contra, mesmo que a família estivesse passando por dificuldades financeiras. Vilma, em determinadas épocas, chegara a trabalhar de diarista e vender marmita escondida do marido.

Diante disso, pode-se hipotetizar que o lugar que Laura ocupava dentro do contrato narcísico familiar (Aulagnier, 1975) se apresentava como um prolongamento narcísico de Vilma, ocupando a função de realizar os

desejos e fantasias não satisfeitos pela mãe. Tal fato poderia estar vinculado à ambivalência da mãe em relação à filha, oscilando entre amor e admiração, por um lado, e raiva e inveja, por outro, visto não conseguir ela própria fazer o mesmo que a filha. Contudo, é interessante pensar em como a mãe se sentia ao ver a filha fazendo as coisas que ela não conseguia realizar, bem como falando para Vilma sobre os problemas que ela tinha com o álcool. Essas ações de Laura incitaram em Vilma sentimentos capazes de fazer com que ela arremessasse uma tesoura em sua filha, ferindo o rosto de Laura, que apresentava uma cicatriz próxima ao olho.

Nas sessões em que Laura esteve presente, foi possível observar que a menina despertava em Vilma diversos sentimentos com os quais a mãe apresentava dificuldades em lidar, reagindo de forma agressiva com a filha, tanto física quanto verbalmente. Enquanto Vilma a agredia verbalmente ao longo dos atendimentos, Laura sinalizava que queria que sua mãe e seu pai lhe dessem atenção e carinho e, a despeito dos pedidos de Laura, Vilma negava-se a dar o carinho e atenção demandados pela filha.

Vilma relatou que quando era criança havia ajudado sua mãe a fugir de casa devido às agressões que seu pai infringia contra sua mãe, e embora sua mãe tivesse a chamado para ir junto com ela, Vilma decidiu ficar para proteger os irmãos, visto que ela era a única filha que seu pai não agredia. Diante disso, uma hipótese seria que Laura estaria fazendo o mesmo, e ao invés de fugir ou sair de casa, como sua mãe havia mandado diversas vezes, estava tentando ajudá-la sinalizando seu problema com o álcool. Ao mesmo tempo, protegia seu irmão Kaio das situações de negligência, devido ao alcoolismo materno.

A família manifestou dificuldades para estar presente nos atendimentos, pois os familiares não conseguiam ver que os conflitos se apresentavam como parte da demanda compartilhada para receber ajuda. Como defesa face ao sofrimento intersubjetivo, culpabilizavam um dos membros, pelos problemas existentes no grupo familiar. Além disso, a família permaneceu ligada ao serviço de atendimento psicológico por quatro meses e, considerando-se uma frequência de uma sessão de psicoterapia por semana, esperava-se que nesse período tivessem sido realizadas quinze atendimentos. Entretanto, a família compareceu a apenas seis sessões e em nenhuma delas estiveram presentes ambos os pais juntamente com seus filhos mais novos Laura e Kaio.

O Sistema Judiciário também havia solicitado que fossem trabalhadas questões relacionadas à parentalidade, em especial, o papel de João no cuidado com as crianças. Em relação a este ponto, é interessante pensar que quando João compareceu às sessões, sua participação restringiu-se apenas ao desabafo de que não aguentava mais os conflitos existentes entre Laura e Vilma. João mostrou-se omissivo quanto a se responsabilizar em ajudar a modificar a relação de mãe e filha. Devido à ausência de João, a responsabilidade e cuidados com as crianças ficavam a cargo de Vilma. Ela, ao longo dos atendimentos, terminou por concordar com a filha que o marido era um “pai ausente” (sic).

Em cada sessão, diferentes familiares estavam presentes, com essa configuração sendo alterada a cada encontro. Houve uma dificuldade da família em manter uma constância nos participantes do atendimento, que implicou em obstáculos para uma efetiva construção de uma demanda compartilhada e desenvolvimento de um processo psicoterapêutico com o grupo familiar.

Caso II

A Família II era composta por José (26 anos), Maria (27 anos), Sofia (7 anos), Marcos (9 anos), e os gêmeos Mayara (3 anos) e Júlio (3 anos). Sofia era filha de José, com a primeira esposa, Fernanda. Marcos era filho de Maria com seu primeiro marido, e Mayara e Júlio eram frutos de um relacionamento que Maria havia tido com outro rapaz. Maria e José estavam juntos havia dois anos e seis meses. José havia assumido a função parental dos gêmeos Mayara e Júlio, desde que estes tinham seis meses de idade. A Figura 2 permite elucidar os sujeitos que compunham o grupo familiar.

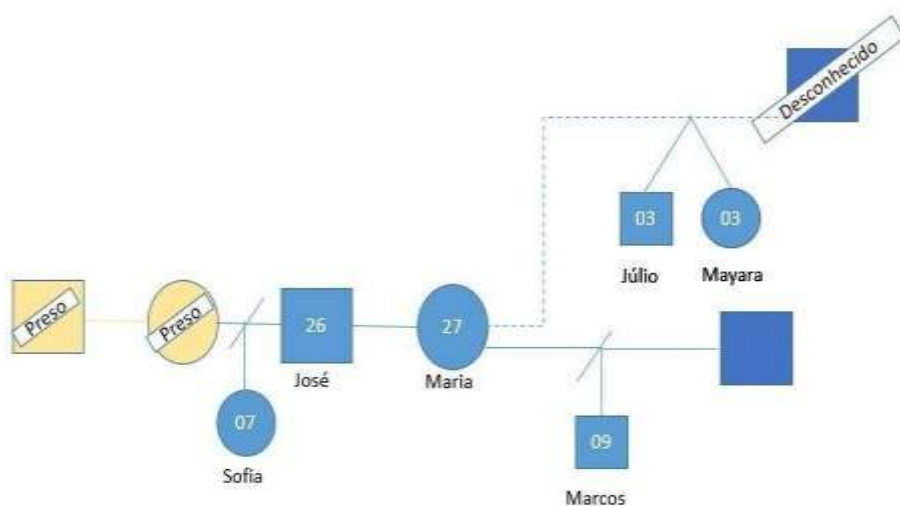


Figura 2 – Genograma Família II – Elaborado pelas autoras

A família havia sido encaminhada a pedido do Ministério Público, por meio da Vara da Infância e Juventude, para atendimento psicoterapêutico familiar, após Maria descobrir que Sofia estava sendo abusada sexualmente pelo esposo da mãe biológica da menina. Após a descoberta do abuso, Sofia ficou sob a guarda de José e passou a residir com ele, Maria e os filhos.

Em relação à dinâmica da Família II, ao longo dos primeiros atendimentos foi possível observar que José apresentava dificuldades em lidar com violência que a filha sofrera, sendo Maria, na maioria das vezes, a porta-voz, tanto do que havia ocorrido com Sofia como sobre os demais problemas familiares que estavam acometendo o grupo. Além do papel de porta-voz, das questões emergentes no grupo familiar, também foi possível observar o quanto o acúmulo de responsabilidades se transformava em somatizações e sobrecarga em sua saúde física, como por exemplo o início de um infarto que sofrera.

Maria, após descobrir o que estava acontecendo com Sofia, assumiu todos os cuidados para com a menina, desde levá-la aos médicos e demais serviços da rede de acolhimento a crianças vítimas de violência, quanto em relação aos cuidados maternos propriamente ditos. Contudo, Maria apresentará dificuldades em exercer a parentalidade para com Sofia, visto que a garota manifestava comportamentos agressivos direcionados à figura

da madrasta. Parecia buscar manipular o restante dos membros da família, de modo que se posicionassem contra Maria.

Araújo (2002) destaca que o rompimento do pacto silencioso que envolve o abuso amplia o conflito familiar, tornando-se um momento difícil para todos, pois mobiliza sentimentos ambivalentes de amor e ódio, de proteção e rejeição, de negação e enfrentamento da realidade. A fragilidade de Sofia e os comportamentos agressivos demonstravam o sofrimento psíquico da criança decorrente da violência vivenciada. Além disso, a agressividade de Sofia aponta para a ideia de um ataque ao vínculo, sendo um ataque mais contra a função que o vínculo materno representa, do que contra o objeto em si. Fernanda, a mãe de Sofia, figura que exercia a função materna, passará a ser uma fonte de ambiguidade posto que, se por um lado seria de sua responsabilidade proteger, cuidar e oferecer um ambiente favorável à Sofia, por outro foi ela quem permitiu a convivência entre o padrasto e a criança. Assim, rompem-se elos de confiança pertencentes ao vínculo entre mãe e filha. Devido a isso, Sofia apresentava uma sensação de desamparo em relação à figura materna.

O relacionamento de Maria e José aparentemente tinha sido iniciado em torno do papel parental, como uma espécie de acordo centrado mais no exercício da parentalidade dos filhos advindos de relações prévias, do que em uma vivência em torno da conjugalidade. Assim, parecia que haviam ficado juntos para serem pais das crianças e não marido e esposa. Segundo Ziviani, Féres-Carneiro e Magalhães (2012), a conjugalidade implica “o entrelaçamento de dois ‘eus’, duas subjetividades, para a constituição de uma identidade compartilhada” (p. 166) a fim de que seja demarcado o mito da continuidade geracional. A conjugalidade deve se desdobrar para a parentalidade, mas na Família II tem-se um processo inverso.

Maria e José referiam-se à união do casal como “algo muito doido” e que “foi tudo muito rápido” (sic.), dizendo ainda que eles nunca haviam tido muito tempo para serem um casal. Contaram que após um mês namorando decidiram morar juntos e, “de repente” (sic.), José, que era pai apenas de Sofia, passa a exercer os cuidados parentais de Marcos e dos gêmeos, que na época tinham cerca de seis meses de vida.

É importante destacar que a parentalidade emerge do encontro entre a subjetividade do pai e a da mãe. Esse encontro de subjetividades define a relação intersubjetiva entre pai e mãe, e entre eles e os filhos

(Ziviani et al., 2012). Contudo, o casal exibiu dificuldade em refletir acerca desse encontro, bem como sobre os motivos que haviam levado os cônjuges a iniciarem uma vida em conjunto. Ao longo dos atendimentos, foi possível observar que os aspectos conjugais emergiram com tamanha intensidade que, ao final das entrevistas iniciais com a família, o vínculo conjugal ficara ameaçado havendo menções quanto à possibilidade de separação.

Um dos efeitos desse movimento nas primeiras entrevistas, de despertar questões relacionadas à conjugalidade, foi que o casal decidiu não continuar a psicoterapia familiar. Definiram que incentivariam apenas a continuidade do tratamento individual para Sofia, que havia iniciado a psicoterapia na mesma clínica universitária. Outro elemento importante a ser destacado, é que a família se apresentou assídua nos atendimentos, comparecendo em todos os atendimentos agendados durante o período, totalizando oito sessões realizadas com a família, sempre demonstrando uma preocupação acerca da saúde e dos cuidados familiares para com Sofia.

Caso III

A Família III era composta pela mãe Célia (43 anos), o padrasto Wilson (44 anos), três filhas sendo Carol (15 anos), Ana (11 anos) e Bianca (3 anos). Carol era filha do primeiro casamento de Célia com Willerson. Desde que havia nascido, residia com a avó Eunice (70 anos). Na Figura 3, pode-se observar a composição do grupo familiar da Família III, bem como os membros que participaram das entrevistas iniciais que estão destacados em azul.

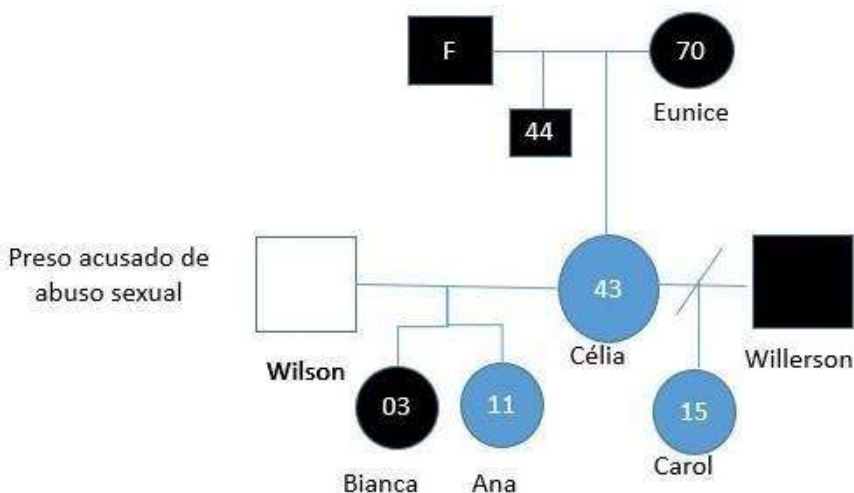


Figura 3 – Genograma Família III – Elaborado pelas autoras

O encaminhamento para psicoterapia familiar ocorreu via Sistema Judiciário, devido a um suposto abuso sexual cometido pelo padrasto Wilson contra a enteada Carol e sua própria filha Ana. O Sistema Judiciário havia solicitado para que fosse feito um trabalho vincular entre Célia e Ana. Contudo, os atendimentos foram realizados com Célia, Carol e Ana. O esposo Wilson não podia ter contato com as meninas devido à denúncia de abuso sexual. Entretanto, ao longo da tramitação do processo criminal contra o padrasto, Ana e Carol relataram que haviam inventado a denúncia, chegando a ensaiar vídeos sobre como falarão acerca da falsa denúncia.

Carol e Ana, após a denúncia, passaram a residir com a avó materna em uma cidade vizinha. Nos dias dos atendimentos, Célia buscava as filhas para comparecerem às sessões. Bianca, a filha mais nova de três anos, durante os atendimentos, ficava em casa com Wilson, que recentemente tinha saído da penitenciária, ou com os avós paternos. Célia indicou que não queria trazer a filha Bianca, pois não via a necessidade de ela participar dos assuntos que seriam tratados nas sessões.

Célia, ao longo das entrevistas iniciais, que no total foram sete sessões, demonstrava uma preocupação demasiada em como a não implicação dela e das filhas nos atendimentos familiares poderia prejudicar o seu esposo, negando-se a perceber o quanto a sua relação com as filhas e a relação fraterna entre Ana e Carol sinalizavam a necessidade de um

cuidado. Ao longo dos encontros, tanto Ana quanto Carol deixaram claro que se sentiam negligenciadas afetivamente pela mãe, culpabilizando Wilson pela forma como se sentiam.

As irmãs apresentavam uma relação fraterna que ora predominava um elo de rivalidade, pela disputa pela mãe, ora de cumplicidade. Este último tipo de elo proporcionou a formação de um conluio contra Wilson, ao ponto de fazerem um vídeo simulando depoimentos para a polícia. Ensaaiavam tentativas de punir e afastar a figura paterna, que se mostrava, ao mesmo tempo, como rival por ser privilegiado como objeto de amor da mãe. Enriquez (1983) em sua obra “Da horda ao Estado” ao lembrar das histórias de Caim e Abel, Remo e Rômulo, Etéocles e Polinices, ressalta que “uma vez os irmãos reunidos, ressurgem em cada um o desejo de ocupar o lugar do pai destronado, se apropriando de seus poderes” (p. 34). Desta forma, é interessante observar o poder da fratria no caso da Família III.

Pode-se pensar que a ação de Ana e Carol, ao realizarem a falsa denúncia de abuso contra o padrasto, não objetivou apenas punir Wilson, mas visou também punir Célia. Além disso, demonstrou a dimensão do lugar que Wilson havia ocupado na vida de Célia. Com efeito, face à hipótese de ter ocorrido um abuso sexual contra as filhas, afastou-se delas, mostrando-se convicta de que as filhas estavam mentindo sobre o abuso, ficando ao lado de seu esposo desde o início da apuração da denúncia. Célia relatou ter ficado cerca de dois meses sem falar com as filhas após a denúncia, voltando a conversar e vê-las somente após elas terem afirmado que haviam inventado a denúncia.

É igualmente importante destacar que Ana e Carol explicitavam o desejo de afastar Wilson, pois este impunha regras e estabelecia limites, como horários de dormir, estudar, utilizar o celular, entre outros. Assim, além de ele ser o objeto de amor e de investimento libidinal da mãe, Wilson representava a figura da Lei, tal como proposta por Freud em “Totem e Tabu” (1913/2012).

Outro ponto a ser destacado é que, ao longo dos encontros, em todos os momentos em que Célia ou Carol falaram sobre a denúncia de abuso ou prisão de Wilson, Ana começava a apresentar comportamentos agressivos, sair da sala, bater na porta, agredir fisicamente sua irmã Carol ou começar a gritar durante o atendimento. Ana, em nenhum momento, estava disposta a falar sobre o ocorrido. Quando questionada sobre como seria a relação com o pai ao reencontrá-lo, afirmava que seria normal, que

iria abraçá-lo, pedir desculpas e que a relação com o pai voltaria a ser como antes, sem demonstrar clara dimensão acerca das consequências da denúncia.

Compreende-se que os comportamentos agressivos de Ana e Carol podem ser vistos como actings violentos, que buscavam alertar para as falhas do pré-consciente, mantendo-as enquanto conjuntos intersubjetivos em crise devido às formações intermediárias estarem enfraquecidas (Kaës, 2005). O ato de violência no setting acaba por evitar que se pense sobre o sofrimento presente nas relações intersubjetivas do grupo familiar, em que o “gritar bem forte, bater, agir, insultar, são as modalidades que colocam a vida psíquica fora do circuito e realizam a exigência do não pensar” (Kaës, 2005, p. 69). Ana demonstrava de forma clara seu desejo de não pensar no que havia ocorrido e no sofrimento causado por ela e pela irmã ao inventarem a denúncia contra seu pai.

Ana, durante as sessões, embora reclamasse que o pai era controlador com seus horários, assim como com Carol, também o defendia dizendo que ele era rígido para o bem dela, que ele batia nela “como um pai bate no filho” (sic.). Ana afirmava que não era nada demais, que Wilson fazia isso porque queria que ela estudasse e se dedicasse à música. Deixava-a, por outro lado, brincar e jogar vídeo game após fazer as atividades dela. Esses conteúdos verbalizados por Ana ilustravam o sentimento de culpa, pela tentativa do parricídio simbólico (prisão do pai) orquestrado por ela e pela irmã (Freud, 1913/2012).

Freud, em “Totem e Tabu” (1913/2012), afirma que, por meio da culpa, surge a “consciência moral”, que possui o objetivo de impedir o assassinato real do pai. Destaca, ainda, a existência de uma certa “consciência tabu” que emerge após um tabu ser violado, gerando uma espécie de “culpa tabu”, a qual não pode ser falada. Esta culpa ao mesmo tempo em que gera uma “consciência moral”, também pode ser tida como uma “consciência angustiante”, pois é pautada na renúncia do desejo da aniquilação do pai/da Lei. Desta forma, pode-se pensar nos sentimentos que Ana carregava após a tentativa de aniquilação do pai e, conseqüentemente, a culpa que, ao mesmo tempo em que gera uma consciência moral, é intensamente angustiante, por representar a renúncia do desejo primitivo.

Em relação à demanda pela psicoterapia familiar na Família III, foi possível observar que Célia havia se afastado de Carol, ficando sem falar

com a filha e sem vê-la, pois responsabilizava-a pela prisão de seu marido. O judiciário, ao encaminhar a família para a psicoterapia, solicitou que fosse trabalhado o vínculo apenas entre Ana e Célia. Desta forma, houve uma exclusão de Carol não só do núcleo familiar, como também da responsabilidade materna de Célia para com esta filha. Indagou-se o porquê da indicação do judiciário visar apenas a relação de Ana e Célia, apesar do envolvimento de ambas as filhas na falsa denúncia elaborada contra o pai de Ana.

Nos dois últimos encontros, foram realizadas devolutivas, primeiramente, com a família e, posteriormente, apenas com Célia. Nas sessões de devolutiva, foram apontados os aspectos da dinâmica familiar, o comportamento agressivo de Ana e Carol nas sessões, a disputa pela atenção de Célia e os papéis dos membros do grupo familiar. A família optou por não prosseguir com os atendimentos. Ana indicou que não gostaria de continuar a psicoterapia familiar e Carol apontou que gostaria de fazer terapia individual. Célia apenas estava preocupada se o fato de não continuarem com a psicoterapia familiar poderia prejudicar Wilson em seu processo judicial.

Considerações finais

Este estudo buscou refletir sobre o papel das entrevistas iniciais na construção de demanda familiar compartilhada em casos encaminhados pelo Sistema Judiciário, voltando-se o olhar para a dinâmica de famílias que chegam para a psicoterapia familiar, especificamente por meio desse contexto.

Essas famílias chegam pela demanda de um terceiro, o Sistema Judiciário, que anuncia ao grupo familiar que eles precisam de ajuda. Contudo, frequentemente o grupo familiar, não partilha da mesma percepção. A família sente-se obrigada a comparecer à psicoterapia, como uma punição aos atos cometidos dentro do grupo familiar ou por um de seus membros, seja por agressões físicas, abuso sexual, negligência, violência contra a mulher, dependência química, entre outros.

É desafiador para o psicoterapeuta se desvencilhar do papel fantasioso projetado pela família, que muitas vezes o enxerga como uma extensão do judiciário, um agente da lei encarregado de vigiar e punir. No entanto, o papel do terapeuta não é o de um fiscal, mas sim de um sujeito

que se une à família para estabelecer um vínculo que permita uma comunicação aberta e a elaboração dos aspectos intersubjetivos presentes.

Com isso, pôde-se refletir, a partir das ilustrações clínicas, que ao longo dos atendimentos, às famílias exibiram limites para o estabelecimento de um processo psicoterapêutico, demonstrando uma indisponibilidade para se implicarem tanto na avaliação inicial como no processo terapêutico, quando se poderia construir uma demanda familiar compartilhada. Embora a resistência presente em se vincularem ao processo psicoterapêutico, as entrevistas iniciais proporcionaram às famílias um espaço para verbalização, favorecendo a comunicação de conteúdos que apresentavam dificuldades para elaborar.

Os conteúdos que emergiram ao longo das entrevistas iniciais demonstraram uma intensidade com a qual as famílias não estavam dispostas a suportar naquele momento. Tal fato pode ser decorrente da fragilização dos vínculos e da ausência de sentimento de pertencimento, sem haver uma estrutura que sustente os vínculos ao ponto de tolerarem a sobrecarga de emoções. Como afirma Kaës (2014), se os conteúdos elucidados representam algum conflito ou ameaça à permanência do vínculo familiar, há a possibilidade do grupo familiar, por meio das alianças presentes, recalcar o material, originando outros pactos denegativos a fim de manter a permanência e configuração do grupo.

Não obstante, a emersão desses conteúdos permite que o grupo familiar se atente tanto à fragilidade dos vínculos, como ao sofrimento de seus integrantes, possibilitando um espaço para nomeação e significação dos conteúdos que se encontravam imersos. Desta forma, o que estava inconsciente ao sujeito ou grupo pode vir a entrar em movimento, por meio da linguagem, possibilitando a elaboração dos conteúdos que até então estavam encobertos e que antes poderiam pairar sobre o discurso da violência. Afinal, aquilo que não é nomeável, é vivenciado pelo corpo, na sua forma bruta e violenta, sem mediação da linguagem, ou seja, sem a possibilidade de elaboração (Enriquez, 1983).

Destaca-se que a participação nas entrevistas iniciais foi capaz de facilitar o acesso a certos conteúdos relacionados à história e à dinâmica familiar. Isso foi especialmente favorecido pelos recursos mediadores utilizados ao longo dos atendimentos. Em geral, esses recursos atuaram como mediadores da tensão existente nos grupos familiares durante as sessões, além de servirem como ferramentas disparadoras que

possibilitaram a revelação de um montante significativo de informações sobre e para as famílias atendidas.

Por fim, como limites deste estudo, ressalta-se a regionalidade dos casos, haja vista se tratar de famílias atendidas em um único serviço-escola de Psicologia, bem como a percepção do que é um atendimento familiar por parte do poder judiciário e a quem se destina a psicoterapia familiar. Assim, acredita-se ser pertinente o desenvolvimento de estudos semelhantes em outros serviços de atendimento a casais e famílias que recebem o público encaminhado pelo Sistema Judiciário, visto que muitos serviços-escola de Psicologia no país recebem esta demanda, para que se possa refletir acerca do lugar dos encaminhamentos realizados e as estratégias de intervenção que podem ser desenvolvidas junto a esta população.

Referências

- Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7(2), 3-11. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722002000200002>
- Aulagnier, P. C. (1975). *A Violência da Interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Benetti, S. P. C. (2006). Conflito conjugal: impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 261-268. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000200012>
- Benghozi, P. (2010). *Malhagem, filiação e afiliação – Psicanálise dos vínculos: Casal, família, grupo, instituição e campo social*. São Paulo, Brasil: Vetor.
- Correa, O. B. R. (2003). Transmissão psíquica entre as gerações. *Psicologia USP*, 14(3), 35-45. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-6564200300030000>
- Eiguer, A. (1995). *O parentesco fantasmático: transferência e contratransferência em terapia familiar psicanalítica*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Enriquez, E. (1983). *Da horda ao Estado. Psicanálise do vínculo social*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar.

- Foucault, M. (1996). *Vigiar e Punir – História da violência nas prisões*. 14a.ed. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Franco, R. S., & Sei, M. B. (2015). O uso do genograma na psicoterapia psicanalítica familiar. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(2), 399-414. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n2/v8n2a09.pdf>.
- Freud, S. (2012). Totem e tabu. In S. Freud, *Obras Completas Sigmund Freud* (P. C. L. Souza, trad., Vol. 11, pp. 13-244). São Paulo, Brasil: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1913)
- Kaës, R. (2001). *Transmissão da vida psíquica entre gerações*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (2005). *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (2014). *Alianças inconscientes*. São Paulo, Brasil: Ideias & Letras.
- Leitão, I. B. (2018). A construção do estudo de caso em psicanálise: revisão de literatura. *Contextos Clínicos*, 11(3), 410-424. doi: <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2018.113.11>
- Macedo, M. M. K., & Dockhorn, C. N. B. F. (2015). Psicanálise, pesquisa e universidade: labor da especificidade e do rigor. *Perspectivas em Psicologia: Revista de Psicologia y Ciencias Afines*, 12(2), 82-90. Recuperado de <http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/10/pdf>.
- Machado, R. N., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2008). Demanda clínica em psicoterapia de família: Arte-Diagnóstico Familiar como instrumento facilitador. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(41), 555-566. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300011>
- Machado, R. N., Féres-Carneiro, T. & Magalhães, A. S. (2011). Entrevistas preliminares em psicoterapia de família: construção da demanda compartilhada. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 11(2), 669-699. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000200009&lng=pt&tlng=pt.

- Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2009). Conquistando a herança: sobre o papel da transmissão psíquica familiar no processo de subjetivação. In T. Féres-Carneiro (org.), *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*. (pp. 24-32). Rio de Janeiro, Brasil: PUC-Rio.
- Moguillansky, R., & Nussbaum, S. (2011). A clínica das famílias que carecem de uma sustentação narcísica. In R. Moguillansky & S. Nussbaum (Orgs.), *Psicanálise vincular: Teoria e clínica* (Vol. 2, pp. 208–211). São Paulo, Brasil: Zagadoni Editora.
- Poletto, M., Kristensen, C., Grassi-Oliveira, R., & Boeckel, M. (2015). Uso da técnica da linha de vida em terapia familiar sistêmica cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 17(1), 68-80. doi: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v17i1.773>
- Ramos, M. (1992). *Terapia de casal e família*. São Paulo: Brasiliense
- Rocha, F. J. B. (2012). As primeiras entrevistas com Marcel: sobre fort-da e entrada em análise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 46(4), 21-34.
- Sei, M. B. (2008). Abrindo espaço para o ser: Winnicott e a ludoterapia no contexto da violência familiar. *Psychê*, 12(22), 199-214. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382008000100015&lng=pt&tlng=pt.
- Souza, B. M., & Sei, M. B. (2014). A localização da queixa familiar em um paciente identificado. *Revista Conexão UEPG*, 10(1), 102-111.
- Verztman, J. S. (2013). Estudo psicanalítico de casos clínicos múltiplos. In A. M. Nicolaci-da-Costa, & D. R. Romão-Dias (orgs.), *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins* (pp. 67-92). Rio de Janeiro, Brasil: Loyola.
- Winnicott, D. W. (2000). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 277-287). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original publicado em 1947).
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre, Brasil: Bookman.
- Ziviani, C., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2012). Pai e mãe na conjugalidade: aspectos conceituais e validação de construto.

Paidéia (Ribeirão Preto), 22(52), 165-176. doi:
<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2012000200003>.

O abandono da psicoterapia individual no serviço-escola de Psicologia da UEL

Maria Lúcia Mantovanelli Ortolan

Maíra Bonafé Sei

Neste capítulo objetiva-se divulgar uma pesquisa desenvolvida no âmbito do mestrado, oportunizando o compartilhamento dos desdobramentos da dissertação intitulada *O Abandono da Psicoterapia Individual no Serviço-escola de Psicologia da UEL: Contribuições Psicanalíticas*, escrita pela, agora, mestre, Maria Lúcia Mantovanelli Ortolan, e orientada pela professora doutora Maíra Bonafé Sei.

Em resumo, a pesquisa tratou-se de um estudo qualitativo com objetivos exploratórios e descritivos, mediante coleta de dados por meio de entrevistas semidirigidas, analisadas pelo método de análise de conteúdo. Descreveu-se entre adultos que estiveram em psicoterapia individual em 2017 a 2019 no serviço-escola de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), os fatores associados ao abandono psicoterápico após a 12ª sessão de terapia. Neste sentido, na primeira fase da coleta de dados (n=30), a qual se teve como objetivo a caracterização da amostra, por meio das variáveis sociodemográficas e clínicas, apresentou os seguintes resultados: gênero feminino (63,33%), faixa etária de 21 a 40 anos (60%), solteiros (46,67%), com ensino superior incompleto (26,66%), católicos (36,68%), pertencentes à comunidade externa à universidade (83,34%), de Londrina (80%), com renda de dois a cinco salários mínimos (50%), com presença de sintomas físicos (60%), não vinculados a tratamento médico (66,67%), em uso de medicação contínua (50%), com histórico anterior de psicoterapia (53,33%), em tratamento no serviço, em média, por 20 sessões, com um tempo médio de espera da sessão de triagem até o atendimento psicoterápico de cinco meses, atendidos pela abordagem teórica da psicanálise (60%), como queixa inicial de ansiedade (22,69%).

A pesquisa se desenvolveu também em uma segunda fase, a qual contemplou as entrevistas semidirigidas realizadas com 11 participantes da

amostra inicial. Identificou-se 15 menções sobre os motivos pelos quais o paciente decidiu interromper o seu processo psicoterapêutico. Considerando a grande temática apriorística Sobre o Abandono da Psicoterapia, a primeira categoria a posteriori criada foi Motivos do Abandono da Psicoterapia. Dentro desta categoria, foram criadas seis subcategorias: Relação com o terapeuta e suas atitudes (quatro menções); Indisponibilidade de Horários e Dificuldade no Deslocamento (oito menções); Troca de terapeuta (duas menções); Insatisfação com os efeitos e resultados (uma menção); Indisponibilidade Subjetiva do Paciente ao Tratamento (uma menção).

A segunda categoria a posteriori criada em relação ao eixo temático Sobre o Abandono da Psicoterapia foi a Reação do Terapeuta Frente ao Abandono da Psicoterapia (três menções). A terceira e última categoria a posteriori criada para contemplar a análise do eixo temático Sobre o Abandono da Psicoterapia foi a categoria denominada Implicações Institucionais, a qual, para fins de análise, foi dividida em três subcategorias: Falta de Encaminhamento (quatro menções), Regras e Funcionamento da Clínica Psicológica (três menções) e Atravessamentos da Gratuidade do Serviço (uma menção).

Neste sentido, a partir daqui este capítulo contemplará com mais analisabilidade o resumo dos resultados da pesquisa apresentados até aqui. Para que a pesquisa pudesse ter norteadores balizados nas produções acadêmicas atuais e relevantes, de início realizou-se uma revisão bibliográfica da literatura sobre o abandono da psicoterapia (Ortolan & Sei, 2022a). Após o trabalho de revisão, a primeira fase da coleta de dados foi o levantamento documental das fichas de desligamento dos anos de 2017, 2018 e 2019 de pacientes adultos que abandonaram a psicoterapia individual depois de 12 sessões, independentemente das abordagens teóricas nas quais estes pacientes foram atendidos. No ano de 2017, 16 fichas foram selecionadas. Em relação a 2018, nove fichas, e cinco fichas do ano de 2019, totalizando uma amostra de 30 fichas de desligamento.

A fim de contemplar uma melhor apreciação dos dados com a corroboração de outros estudos, separaram-se estes nas seguintes seções: Sessões Realizadas, Abordagem Teórica do Atendimento, Queixas Iniciais do Paciente, Resumo do Diagnóstico. Foram agregados à coleta os dados encontrados nas fichas de triagem, a fim de compor a caracterização da

amostra. Também foram separados em seções: Dados Socioeconômicos e Variáveis Clínicas.

Em relação à duração do tratamento, a média do número de sessões realizadas pelos participantes foi de 20 sessões, com $DP=8,09853$. Para a análise deste dado, utilizou-se as pesquisas de Medina (2005), Jung, Serralta, Nunes e Eizirik (2014), Siqueira (2015) e Silva Filho (2018). O primeiro estudo referido ressalta que a correlação de poucas sessões com um fracasso de tratamento não é necessariamente verdadeira, corroborando com Siqueira (2015) que traz relatos os quais se podem considerar sucesso na psicoterapia individual em poucas sessões. O estudo de Jung, Serralta, Nunes e Eizirik (2014) é um contraponto aos dados aqui encontrados: os autores adotaram o termo abandono médio (AM) para designar pacientes que interromperam a psicoterapia entre dois e 11 meses de tratamento e abandono tardio (AT) para aqueles que a abandonaram após um ano. Neste sentido, na presente pesquisa somente dois entrevistados foram AT ($n=2$; 6,66%) e, conseqüentemente, 28 entrevistados foram AM ($n=18$; 93,34%). Observa-se que os dados aqui encontrados diferem dos resultados de Jung, Serralta, Nunes e Eizirik (2014). A prevalência de AM pôde ser encontrada nas duas pesquisas, todavia, na pesquisa dos autores a amostra foi mais equilibrada: 55,17% dos pacientes eram AM e 44,83% eram AT. Em uma última observação, Silva Filho (2018) traz evidências do baixo o número médio de sessões realizadas por serviços-escola no Brasil (Silva Filho, 2018).

Em relação à abordagem teórica do atendimento psicoterápico dos pacientes desistentes, os atendidos pela abordagem psicanalítica tiveram um maior índice de abandono da psicoterapia que em relação à comportamental ($n=18$; 60% e $n=12$; 40%, respectivamente). A respeito deste dado, trouxe-se as colocações de Pinheiro (2002), Lacan (1967/2003), Araújo (2009), Freud (1910/2013), Santos e Ferrari (2016) e Lampert (2019). Ressalta-se que um desdobramento da dissertação de mestrado aqui referida foi um artigo (Ortolan & Sei, 2022b) o qual discutiu-se a fundo algumas considerações sobre a psicoterapia psicanalítica em serviços-escola de Psicologia, salientando, inclusive, os avanços e limites da psicanálise no âmbito das instituições.

Encontramos em Seixas (2011) críticas no que compete aos dispositivos terapêuticos, principalmente daqueles de orientação psicanalítica, quando em contexto institucional, sendo que a má condução de um trabalho analítico pode acarretar a desistência do paciente. Má

condução, a qual pode adentrar-se as discussões que Freud (1910/2013) e Antunes (2017) que propuseram sobre os riscos de uma psicanálise selvagem, deixando “de ouvir seu paciente de maneira cautelosa, paciente e investigativa” (p.223). Ampliando a discussão para a Psicologia como um todo e para o *lôcus* de trabalho em questão, um serviço-escola, Polli e Arpini (2013) recordam que, no que tange à psicanálise, e até a própria Psicologia, a inserção, principalmente em sua modalidade clínica, em contextos da saúde pública ainda é nova, convocando, em tempo real, profissionais e pesquisadores a adaptações, transformações e realocações. Em específico à grade curricular do curso de Psicologia, Santos e Ferrari (2016) têm o entendimento de que, de modo geral, há a promoção de um certo ecletismo – o que confunde a apropriação da teoria, podendo esta confusão inclusive ser a identificação do estagiário com este lugar de saber, com esse mestre no discurso (Lampert, 2019; Araújo, 2009), com esse selvagem –, entende-se, assim, a maior probabilidade de observar-se desistências dos pacientes em seus processos terapêuticos orientados pela psicanálise.

Neste sentido, ressalta-se a importância ética do trabalho de um estagiário de clínica psicanalítica e seu supervisor, em transferência de trabalho (Lacan, 1967/2003), na medida em que atuar em uma psicanálise selvagem pode ser, no mínimo, desastroso, “colaborando para, entre outras sensações, a desintegração do pensamento de um paciente que já chegou ‘em pedaços’” (Antunes, 2017, p. 223). Mesmo que trazida esta hipótese sobre um índice maior de desistências de pacientes em atendimento pelo viés psicanalítico, considera-se que, em relação à análise da abordagem teórica dos atendimentos, segundo Pinheiro (2002), a técnica utilizada não está fortemente relacionada com a (des)continuidade de um tratamento, não mais, pelo menos, do que o tipo de interação terapeuta-paciente.

Em relação à queixa inicial do paciente, foram localizadas, dentre os 30 pacientes que compõem a primeira fase da coleta de dados, 45 queixas. A categorização das queixas foram as mesmas usadas por Borges, Glidden, Bisewski, Corrêa e Tomaselli (2018). Dentre os pacientes que compõem a primeira fase de coleta de dados, houve uma prevalência da queixa inicial de ansiedade (22,69%), seguida de problemas no relacionamento familiar (18,19%) e medos e inseguranças (13,79%). Também foram encontradas outras queixas iniciais, tais como dificuldades em relacionamentos amorosos (11,59%), problemas de saúde e problemas no relacionamento interpessoal e timidez (ambos com incidência de 7,09% cada), baixa autoestima, estresse e irritabilidade e situações em relação à experiência de

luto (cada um com incidência de 4,89%). Não foram encontradas queixas em relação a ideias suicidas, sintomas psicóticos, delírio, problemas de identidade sexual e uso abusivo de substâncias químicas. Dentre o total amostral, em quatro fichas de desligamento não havia menção à queixa inicial do paciente (n=4; 4,89%).

Importantes estudos já se debruçaram sobre a prevalência e pertinência da queixa inicial de ansiedade, como, por exemplo, foi feita a associação da severidade da queixa inicial de ansiedade, juntamente com a escolaridade e renda, como um fator associado ao abandono da psicoterapia (Issakidis & Andrews, 2004; Krebs, González, Rivera, & Melis, 2012; Picon, Haagstram, & Nardi, 2013; Pessota, Feijó & Benetti, 2018). A aderência à psicoterapia de pacientes com transtornos de ansiedade foi pesquisada por Krebs, González, Rivera e Melis (2012). Os autores, após as análises das variáveis sociodemográficas e sintomatológicas, observaram que pacientes com níveis mais altos de ansiedade não encontravam o alívio esperado e temiam que a psicoterapia intensificasse o sintoma, o que levava ao abandono psicoterápico. A partir disto, sugere-se que o terapeuta crie um ambiente acolhedor e facilitador, avaliando a necessidade, inclusive, de combinações de outros tratamentos, se necessário, como por exemplo o psiquiátrico, tendo em vista um alívio sintomático para facilitação do manejo e direção de tratamento (Pessota, Feijó & Benetti, 2018).

Em relação ao resumo do diagnóstico e aspectos trabalhados, das 30 fichas analisadas, 27 (89,99%) delas não tinham menção ao diagnóstico. Três fichas continham menção ao diagnóstico do paciente, sendo que duas delas (6,66%) mencionaram a neurose quanto diagnóstico e uma ficha (3,35%) menciona a inibição severa como diagnóstico. Dois eixos de análise se abrem a partir destes dados, o primeiro sobre a importância do preenchimento correto das fichas institucionais. Campezzatto e Nunes (2007) enfatizaram a carência de registros adequados das instituições de serviço clínico em Psicologia em geral, elencando-a como um importante obstáculo para a realização de estudos e pesquisas na área.

Um outro ponto a ser discutido, mais direcionado à psicanálise, é em relação ao diagnóstico diferencial a partir deste referencial teórico. No tocante ao diagnóstico em psicanálise, não há uma pretensão científica-positivista em classificar o sujeito em uma determinada categoria nosográfica (Triani & Brandão Júnior, 2021). A função do diagnóstico em psicanálise é poder servir de direção de tratamento, além de poder ampliar

a leitura das estruturas clínicas, considerando os tipos clínicos (neurose enquanto estrutura clínica, e histeria enquanto tipo clínico, por exemplo). Diagnosticar a estrutura e o tipo clínico propicia ao terapeuta identificar a modalidade da relação que o paciente tem com o mundo, com os outros e com ele mesmo (Quinet, 1991). Corroborando com a discussão, Resende, Pontes e Calazans (2015) entendem este diagnóstico diferencial psicanalítico como possibilidade, mediante arranjos e manobras, de uma clínica psicanalítica nos SEP, comprometida com a ampliação das possibilidades de vida do sujeito.

Sobre os dados sociodemográficos da amostra, apresenta-se aqui as prevalências e a discussão dos dados com outros estudos. Na amostra da presente pesquisa, há uma prevalência do gênero feminino, contabilizando 63,33% da amostra (n=19), e 36,67% do gênero masculino (n=11). Em outras pesquisas de caracterização de pacientes que abandonam a psicoterapia, observa-se também o predomínio do gênero feminino (Olán, 2017; Hauck et al., 2007; Pessota, Feijó & Benetti, 2018; Silva Filho, 2018).

Em relação à faixa etária, com a distribuição de 18 a 20 anos (n=4; 13,34%), 21 a 30 (n=9; 30%), 31 a 40 (n=9; 30%), 41 a 50 (n=1; 3,33%), 51 a 60 (n=6; 20%) e 61 a 70 (n=1; 3,33%), é possível observar uma prevalência nas faixas etárias de 21 a 30 anos e de 31 a 40 anos. Calculou-se também a média de idade: $36,1 \pm 13,9$ anos. Nos estudos de Hauck et al. (2007), que tiveram como objetivo avaliar a associação entre os dados demográficos dos pacientes e o abandono do tratamento psicanalítico antes de três meses de tratamento, a média de idade foi de $37,5 \pm 11,9$ anos, próxima à que fora encontrada nesta presente pesquisa.

O estado civil também foi uma variável de caracterização da amostra. Houve uma prevalência de pacientes solteiros (n=14; 46,67%), seguido de 43,33% (n=13) de casados e 10% (n=3) de divorciados. Na maioria dos estudos da área, o estado civil não foi uma variável que foi entendida como interveniente no fenômeno do abandono da psicoterapia (Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2014; Hauck et al., 2007). Todavia, em alguns estudos, os indivíduos solteiros constituíram uma maioria significativa nos casos de abandono da psicoterapia (Bueno et al., 2001; Olán, 2017; Silva Filho, 2018).

Também são apresentados os dados de caracterização referentes à religião: 36,68% (n=11) declaram-se católicos, 30% (n=9) evangélicos, 16,66% (n=5) outras menções sobre religião (tais como ateu, espírita,

agnóstico, messiânico e mórmon) e 16,66% (n=5) não mencionaram suas identificações religiosas. A religião não foi uma variável que foi entendida como interveniente no fenômeno do abandono da psicoterapia (Hauck et al., 2007). Todavia, recomenda-se estudos futuros que possam investigar a relação do abandono da psicoterapia com as práticas religiosas, nesta perspectiva na qual o sujeito crê encontrar na religião o bem-estar e até a supressão de seus sintomas, abandonando, assim, a psicoterapia.

Em relação à escolaridade da amostra, a prevalência se encontrou em 26,66% (n=8) com ensino superior incompleto, seguido de 23,34% (n=7) com ensino superior completo. Outras escolaridades se apresentaram: 13,34% (n=4) da amostra não completaram o ensino fundamental e a mesma porcentagem têm ensino fundamental completo. Em se tratando do ensino médio, 16,66% (n=5) completaram-no, e apenas 3,33% (n=1) não têm ensino médio completo. A amostra também contemplou 3,33% (n=1) de pacientes que têm pós-graduação.

Os dados aqui encontrados, em relação à escolaridade da amostra, assemelharam-se com a pesquisa de Pessota, Feijó e Benetti (2018), na qual a maioria da amostra (64,41%) não havia completado o ensino superior. Entende-se que a menor escolaridade, em tempo de estudo, é considerada uma variável interveniente no abandono da psicoterapia (Wierzbicki & Pekarik, 1993; Hauck et al., 2007; Roos, & Werbart, 2013; Zimmermann, Rubel, Page, & Lutz, 2017).

E por fim, a última variável de caracterização da amostra foi em relação à renda familiar. Houve uma prevalência de pacientes com dois a cinco salários mínimos¹ de renda familiar (n=15; 50%), seguido de 33,34% (n=10) que declararam ter uma renda familiar de até dois salários mínimos, 10% (n=3) acima de cinco salários mínimos e 6,66% (n=2) não mencionaram a renda. Na pesquisa de Posada, Porras, Cano e Mateus (2017), a falta de recursos econômicos foi identificada como uma das variáveis relacionadas com o abandono da psicoterapia. Assim como na pesquisa de Hauck et al. (2007), Bueno et al. (2001), Wierzbicki e Pekarik (1993) e Dimenstein (1998).

¹ Considerar um salário mínimo R\$ 963,00 (média dos valores oficiais dos anos de 2017, 2018 e 2019).

Os resultados da pesquisa de Pessota, Feijó e Benetti (2018), no que compete à variável da renda familiar, aproximam-se dos encontrados nesta presente pesquisa. Com o objetivo de identificar quais fatores, entre variáveis sociodemográficas e clínicas, estariam associados ao abandono inicial das psicoterapias, os autores encontraram uma prevalência, entre os desistentes, de uma renda familiar de dois a cinco salários mínimos (46%), resultado este que também foi encontrado na presente pesquisa.

As Entrevistas: segunda fase da pesquisa

Dentre os 30 ex-pacientes que interromperam seus tratamentos psicológicos depois da 12ª sessão nos anos de 2017 a 2019, 11 foram entrevistados. Após três tentativas de contato telefônico, em dias e horários alternados, foi feito também o contato via e-mail, todavia, não foi possível contatar 13 ex-pacientes. Com os outros cinco ex-pacientes, foi possível o contato e agendada entrevista, mas os participantes não compareceram e não tiveram mais a intenção de remarcar-lá. Um paciente não teve a intenção de participar da pesquisa. Assim, obteve-se um montante de 11 entrevistas realizadas e transcritas na íntegra para a análise dos dados.

A Tabela 2 mostra as informações de caracterização dos dados clínicos e institucionais dos participantes entrevistados, já identificados com nomes fictícios. Composto, então, a segunda fase da coleta de dados (as entrevistas), obteve-se amostra de 11 participantes (n=11), dentre estes, oito são mulheres e três, homens. Em relação às queixas iniciais, a ansiedade ganha destaque, com uma incidência em quatro pacientes, juntamente com a queixa de problemas no relacionamento familiar, também encontrada em quatro pacientes. A queixa de baixa autoestima esteve presente em dois pacientes, e a queixa de problemas no relacionamento interpessoal e timidez também com incidência em dois pacientes. As queixas relacionadas a problemas de saúde (n=1), estresse e irritabilidade (n=1) e medos e inseguranças (n=1) também foram encontradas na amostra. Ressalta-se que em uma das fichas de desligamento, a queixa inicial não foi relatada (n=1).

Em relação ao total de sessões realizadas por cada paciente antes do abandono da psicoterapia, obteve-se uma média de 22,18 sessões (DP= 7,23627). No que tange às abordagens teóricas dos atendimentos, oito pacientes foram atendidos pela psicanálise e três pela comportamental. O histórico de psicoterapia anterior também foi mostrado na Tabela 5, observando-se que quatro pacientes não tinham experiências anteriores

com o processo psicoterápico e sete já haviam feito psicoterapia ao longo da vida.

Os dados coletados mediante as entrevistas serão aqui expostos a partir das três grandes temáticas apriorísticas, baseadas nas perguntas norteadoras da entrevista semidirigida: a) Expectativas em relação à psicoterapia; b) Sobre o processo psicoterapêutico; e c) Sobre o abandono da psicoterapia. Entendendo-se que as temáticas das expectativas e sobre o processo psicoterapêutico se formam na medida em que têm a finalidade de introduzir a questão do abandono da psicoterapia, estas não serão apresentadas e discutidas nesta seção. Já a terceira temática, relacionada aos motivos do abandono da psicoterapia, por se tratar do objetivo proposto na pesquisa, será apresentada e discutida em suas subcategorias. Após a leitura sistemática das entrevistas, referente à temática sobre o abandono da psicoterapia foram criadas três categorias de análise: Motivos do Abandono, Reação do terapeuta frente ao abandono e Implicações Institucionais. Em algumas das categorias teve-se a necessidade da criação de subcategorias para uma melhor apreciação analítica.

Nas entrevistas com os 11 participantes, foram identificadas 15 menções sobre os motivos pelos quais o paciente decidiu interromper o seu processo psicoterapêutico. Neste sentido, dentro da grande temática apriorística Sobre o Abandono da Psicoterapia, a primeira categoria a posteriori criada foi Motivos do Abandono da Psicoterapia. Dentro desta categoria, foram criadas seis subcategorias: Relação com o terapeuta e suas atitudes (quatro menções); Indisponibilidade de Horários e Dificuldade no Deslocamento (oito menções); Troca de terapeuta (duas menções); Insatisfação com os efeitos e resultados (uma menção); Indisponibilidade Subjetiva do Paciente ao Tratamento (uma menção).

A relação com o terapeuta, como apontado por Pinheiro (2002), é um fator associado fortemente com o abandono da psicoterapia. Pesquisas sobre a aliança terapêutica (Hauck et al., 2007; Manubens, Roussos, Ryberg, & Penedo, 2018; Stiles et al., 2004; Strauss et al., 2006; Bados, Balaguer, & Saldaña, 2007), Piper et al. (1999) e Safran e Muran (2006), indicam que este tem sido um fator frequentemente associado à interrupção do tratamento. Tem-se os casos, por exemplo, nos quais observaram que desde o início do processo a aliança não havia se consolidado adequadamente Piper et al. (1999). Outras pesquisas como a de Safran e Muran (2006) enfocam nas rupturas das alianças terapêuticas como má resolução de conflito,

pertinente ao processo psicoterápico. Neste sentido, entende-se a necessidade do estabelecimento de uma aliança de melhor qualidade para possibilitar a realização do tratamento psicoterápico (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2000; Silva Filho, 2018).

Já a subcategoria de Insatisfação com os Efeitos e Resultados teve uma menção. Nos estudos de Nichols e Pekarik (1992), foi encontrado que a satisfação com o tratamento foi fator único na associação com a continuidade da psicoterapia. Os autores observaram que, quanto mais os pacientes se sentiam insatisfeitos com os seus processos psicoterápicos, maiores eram as chances de abandono, mesmo o paciente tendo reconhecido grau de melhora como resultado da terapia. A satisfação com o tratamento, percebida pelo paciente com a obtenção dos benefícios esperados, também foi associada à continuidade da psicoterapia na pesquisa de Valle, Viegas, Castro e Toledo Jr. (2000) e de Pessota, Feijó e Benetti (2018).

Com oito menções, a subcategoria Indisponibilidade de Horários e Dificuldade de Deslocamento foi narrada por oito participantes como um fator para o abandono da psicoterapia. Este dado corroborou-se com o de Benítez, Bastidas e Camargo (2009), que entenderam que, com relação às variáveis ambientais que se relacionam com o abandono da psicoterapia, as mudanças de atividade após a virada do ano (trabalho, estudo, entre outros) foram intervenientes. Ressalta-se uma observação importante, que, dentre as variáveis que podem estar associadas ao abandono da psicoterapia, é a localização do serviço e, conseqüentemente, o acesso a ele (Prebianchi, 2011; Farias, Alves, & Vieira, 2020). A distância do local de atendimento foi uma variável identificada com frequência nos casos de abandono da psicoterapia (Bueno et al., 2001). Segundo Silvares (2000), geralmente os serviços-escola brasileiros estão situados nos centros universitários, distante do território de referência da maior parte dos usuários.

Com relação à indisponibilidade de horários, a pesquisa de Chilelli e Enéas (2000), que teve como objetivo investigar a desistência em psicoterapia breve, tanto em aspectos do processo quanto na opinião de pacientes, revelou que a incompatibilidade de horários entre paciente e terapeuta foi o fator mais referido para interromper a terapia. Farias, Alves e Viera (2020), com o objetivo de aprofundar o entendimento das causas que levam ao abandono da psicoterapia em um serviço-escola de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), observaram que muitos pacientes

abandonavam os atendimentos quando conseguiam um trabalho. Os autores discutem que, como o serviço-escola funciona no expediente comercial “no caso de quem trabalhava, não continuava a ir às sessões por não terem a permissão em seus empregos de ficarem disponíveis para o atendimento no horário que o serviço dispunha” (p. 233).

Outra subcategoria de análise em relação aos motivos do abandono da psicoterapia, a Troca de Terapeuta, foi mencionada por um participante. A mudança de terapeuta é apresentada como um dos principais motivos de interrupção do tratamento em instituições de ensino (Benítez, Bastidas, & Camargo, 2009; Farias, Alves, & Vieira, 2020). Segundo Farias, Alves e Vieira (2020), mesmo que não tenha nenhum registro explícito de abandono da psicoterapia nas fichas de desligamento por motivos de mudança do terapeuta, sabe-se que isto, próprio do movimento institucional de mudanças de turma do curso, pode ter efeitos sob os tratamentos. Os autores exemplificam esse efeito com a fala de uma mãe de um paciente, a qual verbaliza que só gostaria que o filho retomasse os atendimentos quando fosse com uma estagiária que pudesse lhe atender por mais tempo. Todavia, nos estudos de Silva Filho (2018), o autor pontua que, embora exista certa rotatividade de terapeutas nos SEP, este fator, como motivo de abandono da psicoterapia, não se mostrou tão alto nos resultados de sua pesquisa (14%).

E por fim, tem-se a subcategoria referente à Indisponibilidade Subjetiva do Paciente ao tratamento. A falta de motivação para o tratamento, segundo Posada, Porras, Cano e Mateus (2017) é considerada uma indisponibilidade subjetiva do sujeito para o processo psicoterapêutico, assim como sua baixa vontade em mudar (Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2015). Ambos os grupos de autores indicam em seus estudos que pacientes com menor disponibilidade subjetiva para o processo psicoterápico pode abandonar o tratamento.

A partir dos expostos até aqui, corroborando com os resultados de Prebianchi (2011), parece mais provável que os índices de abandono estejam relacionados às dimensões processuais e estruturais do tratamento e da instituição de oferta do serviço, as quais, muitas vezes, principalmente em se tratando de usuários desprotegidos socialmente, revela-se incompatível com as condições reais de vida destes.

A segunda categoria a posteriori criada em relação ao eixo temático Sobre o Abandono da Psicoterapia foi a Reação do Terapeuta Frente ao

Abandono da Psicoterapia (três menções). De acordo com Coutinho, Ribeiro, Sousa e Safran (2014), de maneira geral, os terapeutas não têm conhecimento do que fazer em face de episódios de abandono unilateral pelo paciente. Neste sentido, ressalta-se a necessidade de formação dos estagiários em relação ao fenômeno, principalmente no que concerne à detecção de rupturas de alianças terapêuticas e ao desenvolvimento de estratégias para manejá-las (Manubens, Roussos, Ryberg, & Penedo, 2018). Segundo Gabbard (2005), é um erro de contratransferência quando há uma dificuldade do terapeuta em aceitar o término unilateral do tratamento. O autor ressalta que a não aceitação do profissional diz sobre suas próprias ambições perfeccionistas em relação ao tratamento e à cura do paciente.

Observou-se que a reação do terapeuta frente ao paciente abandonar a psicoterapia tratou-se de ser o convencimento do paciente a permanecer no tratamento. Piper et al. (1999), em análises das últimas sessões anteriores ao abandono, verificaram que a relação terapeuta-paciente foi marcada por questões de poder, na medida em que há um engajamento de disputa entre a díade em relação à continuidade do tratamento. Mantovani, Marturano e Silves (2010) ressaltam que é importante considerar que o abandono da psicoterapia pode estar relacionado também à dificuldade dos estagiários em manejar os atendimentos.

A terceira e última categoria a posteriori criada para contemplar a análise do eixo temático Sobre o Abandono da Psicoterapia foi a categoria denominada Implicações Institucionais, a qual, para fins de análise, foi dividida em três subcategorias: Falta de Encaminhamento (quatro menções), Regras e Funcionamento da Clínica Psicológica (três menções) e Atravessamentos da Gratuidade do Serviço (uma menção).

O recesso acadêmico realizado no fim do ano e, conseqüentemente, a interrupção do processo psicoterapêutico, cabendo ao paciente decidir se retoma seu atendimento no outro ano, com outro terapeuta, ou se desiste do processo, evidencia também a questão do tempo na psicoterapia ofertada nos SEP (Aires, 2019). Considerar os recursos do terapeuta e da instituição, reconhecendo seus limites e potencialidades, é importante ao se pensar a oferta de atendimentos psicológicos por serviços-escola, principalmente a questão do fluxo temporal imposto pelo calendário escolar (Rocha et al., 2016).

Considerando principalmente a perspectiva da psicanálise, entende-se que o estagiário frente ao sintoma, diferentemente do modelo biomédico, o qual se trata da eliminação do sintoma, deva, antes de tudo, interrogar, ouvir e interpretar o que não pode ser enunciado pelo sujeito, deslocando-se para o sintoma. Esta atitude frente ao sintoma do paciente está intrinsecamente ligada com a questão do tempo lógico, um tempo de compreender, o qual se faz importante para que as repetições sejam compreendidas (Lopes & Ribeiro, 2020). Todavia, ao se deparar com a demarcação do tempo real, cronológico, como, por exemplo, o sabido a priori de que no fim do ano haveria um recesso e o estagiário se formaria, interrompendo, então, o processo com o paciente, evidencia um desafio, questão importante para o tratamento psicanalítico ofertado nas instituições, que é o de fazer uma conciliação produtiva entre o tempo de compreender com o tempo do calendário acadêmico.

Os Atravessamentos da Gratuidade do Serviço foi outra subcategoria a posteriori criada em relação às implicações institucionais no abandono da psicoterapia. É no âmbito do dinheiro que se observam as manifestações das consequências psíquicas das fixações ao longo da organização da libido: “a relação de cada sujeito com o dinheiro está estruturalmente referida a um certo tipo de exigência pulsional que pode se manifestar de modo autoerótico na transferência durante o trabalho analítico” (Lopes & Ribeiro, 2020, p.46). O tratamento gratuito foi debatido por Freud (1913/1976a), o qual entende que a gratuidade não implica, necessariamente, um obstáculo. Todavia ele ressalta que isto dependerá da posição subjetiva do paciente, principalmente. Lopes e Ribeiro (2020) entendem que os ganhos secundários da neurose somados à condição impostam pela pobreza podem contribuir para a manutenção de um lugar subjetivo no qual o paciente pode retratar sua hipossuficiência diante dos percalços da vida. Neste sentido, é pertinente discorrer sobre o lugar simbólico que o dinheiro ocupa e os efeitos, então, da gratuidade, o não pagamento em dinheiro, no tratamento ofertado pelo SEP.

A discussão que tange a gratuidade do trabalho analítico impulsiona alguns questionamentos: como isto comparece na transferência? A questão se faz ainda mais complexa quando há a mediação institucional universitária, em relação aos atendimentos psicológicos. Sabe-se (Aires, 2019; Boesmans, Lopes Júnior, & Silveira, 2016) que, em um primeiro tempo, a relação transferencial estabelecida é entre o paciente e a instituição, na qual é o saber universitário que está em jogo. Algumas manobras são

necessárias para que esta transferência também se estenda ao estagiário-terapeuta, entrando aqui a responsabilidade institucional do supervisor (Lopes & Ribeiro, 2020; Aires, 2019; Boesmans, Lopes Júnior, & Silveira, 2016; Heck & Kessler, 2015).

Considerações finais

A pesquisa aqui apresentada contemplou em sua seção introdutória a psicoterapia como uma das ofertas de serviço possível realizadas pela Psicologia em serviços-escola e que esta comporta alguns entraves, principalmente quando alocada nas instituições, como o abandono do tratamento. Em uma revisão sistemática da literatura, vimos que uma multiplicidade de fatores está relacionada com o abandono da psicoterapia individual, tendo como principais as expectativas e objetivos do paciente com o seu tratamento, a disponibilidade subjetiva deste para o trabalho terapêutico, sua relação com o terapeuta, as técnicas e hipóteses adotadas pelo profissional, além de diagnósticos específicos mais suscetíveis ao se relacionar com o abandono da psicoterapia e variáveis ambientais diversas.

Resgatando os objetivos iniciais da presente pesquisa, ao propor uma compreensão sobre os fatores associados ao abandono psicoterápico, entende-se que estes são múltiplos, como a relação com o terapeuta e suas atitudes, a indisponibilidade de horários e dificuldade no deslocamento, as trocas de terapeuta, insatisfação com os efeitos e resultados da psicoterapia e a indisponibilidade subjetiva do paciente ao tratamento. No que compete aos objetivos específicos da pesquisa aqui proposta, considerando as variáveis sociodemográficas e clínicas dos ex-pacientes que abandonaram a psicoterapia individual na UEL, encontramos um perfil: gênero feminino, faixa etária de 21 a 40 anos, solteiros, com ensino superior incompleto, católicos, pertencentes à comunidade externa à universidade, de Londrina, com renda de dois a cinco salários mínimos, com presença de sintomas físicos, não vinculados a tratamento médico, em uso de medicação contínua, com histórico anterior de psicoterapia, em psicoterapia no serviço por, em média, 20 sessões, com um tempo médio de espera da sessão de triagem até o atendimento psicoterápico de aproximadamente cinco meses, atendidos pela abordagem teórica da psicanálise, como queixa inicial de ansiedade.

Na primeira fase da coleta de dados, o levantamento documental, observaram-se questões importantes que auxiliaram na análise comparativa

dos motivos dos abandonos descritos nas fichas de encerramento com os alegados pelos ex-pacientes em entrevista. Percebemos a importância do preenchimento das fichas institucionais, de maneira completa e qualificada, uma vez que 30% das fichas analisadas não continham menção do motivo de encerramento dos casos. De maneira geral, os motivos que puderam ser identificados no levantamento documental condizem com os achados nas entrevistas, como a questão dos horários, de deslocamento e das expectativas com a psicoterapia.

A pesquisa aqui relatada comporta algumas limitações, como pequena quantidade amostral, os atravessamentos da pandemia na pesquisa qualitativa (entrevistas realizadas de maneira online) e a carência de dados robustos e qualificados, identificada na fase de levantamento documental. Sugerem-se novas pesquisas em relação aos SEP e sua possibilidade reinventiva, seja tendo como objeto de estudo pacientes, estagiários ou supervisores, inclusive a fim de contemplar os diversos ângulos da experiência analítica neste *locus* híbrido que é o SEP. Também é sugerido que mais pesquisas psicanalíticas, principalmente, debruçem-se em investigações a respeito da Psicanálise em Extensão e seu compromisso ético com a sociedade.

Espera-se que com os resultados trazidos e analisados ao longo desta pesquisa haja uma contribuição efetiva no SEP, podendo propiciar reflexões institucionais com o intuito de qualificar a oferta de serviços, principalmente com relação à oferta da clínica psicanalítica. Com o que foi exposto nesta pesquisa abrem-se caminhos interventivos no âmbito da qualificação do espaço institucional do SEP e suas regras, da formação do estagiário, (re)pensando as propostas curriculares, e da substancialidade maciça da supervisão clínica, almejando dá-la um estatuto de importância efetiva e responsável do lugar do supervisor-analista, para que a dupla estagiário-supervisor esteja lapidada em sua transferência de trabalho e, com isto, poder fazer do SEP um lugar possível também para uma oferta eficaz e efetiva, na medida que lhe compete, da clínica psicanalítica.

Referências

Aires, S. (2019). Atendimento psicanalítico em clínica-escola: uma experiência de supervisão. In: S. Aires, & S. Kuratani (Orgs.), O

serviço de psicologia na universidade (pp. 43- 61). Cruz das Almas: Editora UFRB.

- Araújo, E. M. (2009). Transmissão da Psicanálise e Universidade: a formulação de um saber mediante o dispositivo do ensinante de Lacan. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 585-592. <https://doi.org/10.1002/jclp.20368>.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol*, 68(6), 1027-32. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.6.1027>.
- Benítez, A. P. R., Bastidas, I. L. O., & Camargo, Y. S. (2009). Factores que influyen en la deserción terapêutica de los consultantes de um centro universitário de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134715>.
- Boesmans, E. F., Lopes Júnior, A. D., & Silveira, L. C. (2016). A transferência na instituição: a psicanálise nas clínicas escola. *Psicanálise & Barroco em Revista*, 14(1), 1-21.
- Borges, C. D., Glidden, R. F., Bisewski, B., Corrêa, C. F. Z. & Tomaselli, E. C. (2018). Caracterização de queixas e perfil de usuários atendidos em um serviço-escola de psicologia. *Revista Sul Americana de Psicologia*, 6(2), 185-219.
- Bueno, H. A., Cordoba, J. A., Escolar, P. A., Carmona, C. A., & Rodriguez, G. C. et al. (2001). El abandono terapêutico. *Actas Spain Psiquiatria*, 29(1), 33-40.
- Chilelli, K. B., & Enéas, M. L. E. (2002). Desistência em psicoterapia breve: pesquisa documental e da opinião do paciente. *Bol Iniciaç Cient Psicol.*, 1(1), 47-52.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3, 53-81.

- Farias, I. C., Alves, S. V., & Vieira, A. C. L. O que (não) dizem as entrelinhas: Análise dos casos de abandono de uma clínica-escola em psicologia. *Interação em Psicologia*, 24(3), 230-8. Recuperado de: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/68058/42621>.
- Freud, S. (2013). Sobre psicanálise selvagem. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 9). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1910).
- Gabbard, G. O. (2005). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico*. Porto Alegre: Artmed.
- Hauck, S., Kruel, L., Sordi, A., Sbardellotto, G., Cervieri, A., Moschetti, L., ... & Ceitlin, L. H. F. (2007). Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 265-267.
- Issakidis, C., & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 109(6), 426-33. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117287>.
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L.. (2014). Momentos distintos no abandono da psicoterapia psicanalítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2),133-41. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000017>.
- Krebs, M., González, L. M., Rivera, A., & Melis, P. H. F. (2012). Adherencia a Psicoterapia en Pacientes con Trastornos de Ansiedad. *PSYKHE*, 21(2), 133-47.
- Lacan, J. (2003). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: J. Lacan. *Outros Escritos* (pp. 249-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1967).
- Lampert, H. A. (2019). *Psicanálise na Universidade: Reflexões sobre as possibilidades da Psicanálise nos cursos de Psicologia. (Monografia de Conclusão de Curso de Graduação)*. Centro Universitário de Brasília - Brasília.
- Lopes, R. G., & Ribeiro, R. (2020). Observações sobre a relação entre o dinheiro e o capital libidinal em atendimentos de urgência. *Revista a SEPHallus de Orientação Lacaniana*, 15(30), 41-55.

- Mantovani, C. C. P., Marturano, E. M., & Silveiras, E. F. M. (2010). Abandono do atendimento em uma clínica-escola de psicologia infantil: variáveis associadas. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 527-535.
- Manubens, R. T., Roussos, A., Ryberg, J. O., & Penedo, J. M. G.. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos em psicoterapia. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(2), 143-158. <http://dx.doi.org/10.30545/academo.2018.jul-dic.7>
- Medina, M. P.. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta: Revista de Ciencias Sociales*, 14, 1-16. Recuperado de: <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/porcel.pdf>.
- Nichols, K., & Pekarik, G. (1992). Client vs. therapist perceptions of psychotherapy dropout and outcome. *Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association*, 64(1), 1-26.
- Olán, R. J. A.. (2017). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o mas sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62.
- Ortolan, M. L. M. & Sei, M. B. (2022a). O abandono da psicoterapia individual: revisão sistemática da literatura. *Psicologia Argumento (PUCPR. online)*, v. 40, p. 2314-2333.
- Ortolan, M. L. M. & Sei, M. B. (2022b). A Psicanálise nas instituições: considerações sobre a psicoterapia psicanalítica em serviços escola de Psicologia. *Tempo Psicanalítico*, v. 54, p. 63-88.
- Pessota, C. M., Feijó, L. P., Benetti, S. P. C. (2020). Preditores do abandono inicial em psicoterapia psicodinâmica. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 72(2), 43-56. <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.arbp2020v72i1p.43-56>.
- Picon, P., Haagstram, L., & Nardi, A. (2013). Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno do Pânico. (pp. 367-83). In: Neto, A. C., & Gauer, G. *Psiquiatria para Estudantes de Medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Pinheiro, S. D. (2002). Vínculo e abandono em psicoterapia psicanalítica. (Tese de Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

- Prebianchi, H. B. (2011). Atenção psicológica infantil: compreensão de usuários e estagiários do serviço-escola. *Psicologia em Revista*, 17(2), 322-339. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n2/v17n2a11.pdf>.
- Quinet, A. (2009). *A Estranheza da Psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- Resende, M. S., Pontes, S., & Calazans, R. (2015). O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia em Revista*, 21(3), 534-546. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n3/v21n3a08.pdf>.
- Rocha, G. M. A., Bunge, M., Strauss, V., Honda, G. C., Peixoto, E, Santeiro, T. V., & Enéas, M. L. E. (2016). Psicoterapia breve psicodinâmica de caso grave de depressão em serviço escola: limites e alcance. *Contextos Clínicos*, 9(1), 86-97.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychother Res*, 23(4), 394-418. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23461273>.
- Santos, L. G., & Ferrari, I. F. (2016). Psicanálise aplicada à terapêutica em clínicas universitárias e a experiência do Centro Psicanalítico de Consulta e Tratamento de Minas Gerais. *Psicologia em Revista*, 22(1), 202-222. Recuperado de: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n1/v22n1a13.pdf>.
- Silva Filho, J. P. D. (2018). *Caracterização dos encerramentos dos atendimentos realizados no serviço escola de psicologia da Universidade Federal de Campina Grande. (Monografia de Conclusão de Curso de Graduação)*. Universidade Federal de Campina Grande. Recuperado de <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/14917>.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., & Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.337>.

- Siqueira, V. R. (2015). Estudo Sobre a Evasão de Pacientes em Psicoterapia Oferecida pela Clínica Escola da Faculdade Anhanguera de Cascavel, PR por Membros da Comunidade de Baixa Renda. *Revista de Educação*, 18(25), 4-43. Recuperado de: <https://seer.pgsskroton.com/educ/article/view/3475/3062>.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew Davies, R., & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture repair hypothesis: Are productive relationships u shaped or v-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 81–92. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.81>.
- Valle, E. A., Viegas, E. C., Castro, C. A. C., & Toledo Jr (2000). A adesão ao tratamento. *Revista Brasileira Clínica*, 26(3), 83-86.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. A. (1993). Meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology. Research & Practice*, 24(2), 190-195.
- Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C., & Lutz, W. (2017). Therapist Effects on and Predictors of Non Consensual Dropout in Psychotherapy. *Clin Psychol Psychother*, 24(2), 312-21. Recuperado de: <http://doi.wiley.com/10.1002/cpp.2022>.

O que pode o psicólogo na UTI neonatal? Atendimento a puérperas - mães de gêmeos

Larissa Osete Souza

Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

Introdução

O presente estudo, decorrente da dissertação de mestrado da primeira autora (Souza, 2023), tem como objetivo refletir sobre o trabalho do psicólogo no atendimento psicoterápico a puérperas, mães de gêmeos prematuros. Inicialmente são apresentadas algumas considerações teóricas e, posteriormente fatos clínicos psicanalíticos vivenciados ao longo do atendimento em psicoterapia breve a duas puérperas, cujos bebês gêmeos estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Universitário localizado no sul do Brasil.

Convém pontuar que se entende por fatos clínicos psicanalíticos fenômenos observáveis, repetitivos e que refletem a estrutura psíquica do paciente, além disso requer a relação da díade paciente-psicanalista e a interpretação do conteúdo sob a ótica psicanalítica (Reis, 2022). Recomenda-se que a construção dos fatos clínicos psicanalíticos se dê a posteriori, isto é, após o encerramento do atendimento. Na pesquisa, são apresentados fragmentos do caso clínico, selecionados a partir da subjetividade do pesquisador psicanalista. Assim, uma das vantagens desse método é não expor a história de vida do paciente (Iwashima et al., 2018). Para a seleção dos fatos clínicos, é considerada a repetição de conteúdos psíquicos que possuem “uma constância relativamente grande e mais ou menos regular” (Quinodoz, 1994, p. 625). Realizada a seleção dos fatos clínicos, eles são transformados em fatos clínicos psicanalíticos, aos serem submetidos à análise a partir dos fundamentos da psicanálise.

Neste estudo, que parte de uma perspectiva psicanalítica, a relação estabelecida entre a mãe e o seu bebê no início do desenvolvimento humano é entendida como um fator primordial para a constituição do psiquismo (Dias, 2003). No início da vida, pela ausência de compreensão

intelectual, predominam ansiedades persecutórias, as quais são aliviadas pelas experiências de calor do corpo materno e pelo conforto despertado pela forma como a mãe segura e alimenta o bebê, possibilitando a gratificação, fonte das primeiras relações “de amor do bebê com uma pessoa ou, como um psicanalista diria, com um objeto” (p. 282).

No tocante à gemelaridade, uma das grandes implicações da relação materno-infantil é o quanto os bebês podem ser cuidados em sua singularidade, não ocupando, com isso, um mesmo *locus* afetivo. Todavia, de alguma forma, as mães conseguem se ocupar dos cuidados com mais de um bebê, pois não há evidências de que gêmeos tenham problemas psíquicos maiores do que filhos singulares (Ribeiro et al., 2016).

O nascimento prematuro de bebês gemelares tem alta incidência, uma vez que se trata de uma gestação de risco. Assim, diante da possibilidade de comprometimento da vinculação pais-bebês, a prematuridade pode se configurar como um fator de risco para a constituição psíquica, de modo que há implicações na subjetividade tanto do bebê quanto dos familiares. Ademais, considera-se a importância das vivências e relações afetivas estabelecidas durante os primeiros meses de vida na constituição psíquica. Assim, a presença de um suporte psicológico se faz necessária, ao proporcionar um espaço de escuta para os pais e bebês, frente às angústias mobilizadas em função do nascimento prematuro e internação na UTIN (Cavaggioni et al., 2017; Fernandes & Silva, 2019).

O que pode o psicólogo na UTIN

Parafraçando Moretto (2019) que refletiu sobre “o que pode o psicanalista no hospital?”, refletimos sobre questões relativas ao trabalho do psicólogo/psicanalista no hospital e a seguir, de forma mais específica: o que pode o psicólogo/psicanalista na UTI neonatal?

Moretto (2019) demarca uma diferença primordial entre o discurso médico e o psicanalítico no que tange à “posição que cada um ocupa para operar na sua clínica e do discurso que sustenta cada uma dessas ordens” (p.61). Enquanto o primeiro exclui a subjetividade ao procurar no paciente tão somente uma doença e uma terapêutica para ela, colaborando para o apagamento do indivíduo - tanto do doente quanto o médico - diante da doença, a psicanálise traz de volta à cena o sujeito. Assim propõe escutar o sujeito do inconsciente e neste processo rompe com o modelo médico, pois

o psicanalista (ou o psicólogo, sob enfoque psicanalítico) não se coloca na posição de saber sobre a verdade do sujeito, pelo contrário, o paciente é quem fala sobre a sua verdade. Por essa via não se busca vencer os sintomas, mas interpretá-los, decifrando seu sentido e sua função na vida do indivíduo.

Contudo, cabe um questionamento: se há uma posição divergente entre o médico e o psicanalista, por que este é chamado? Entende-se que “a entrada do psicanalista (...) é a constatação de uma determinada dose de subjetividade, que, enquanto não for eliminada, funciona como obstáculo às ordens médicas”. É quando o paciente se recusa a fazer o tratamento instituído pelo médico, quando apresenta ataques de agressividade com a equipe, que é chamado o psicanalista, com o intuito de fazê-lo calar (Moretto, 2019, p.83). Contudo, o psicanalista não busca uma adaptação do paciente ao saber médico, embora ao se propor escutá-lo passa a vivenciar a transferência de um saber que estava colocado no médico, assim, “... por poder falar de si num lugar onde é escutado, ele passa a ser, de alguma forma mais coerente e adequado ao desempenhar o papel que lhe cabe na cena médica da qual participa” (p.85).

Moretto (2019) endossa a ideia de uma psicanálise fora do *setting* tradicional, ao reafirmar que o fazer psicanalítico não se situa em um *setting* ideal, pois “ultrapassa as fronteiras de um consultório bem mobiliado para descobrir que o inconsciente não está dentro nem fora, ele está aí onde o sujeito fala” (p.101). Contudo, não é sem desconforto que o psicanalista se insere no hospital, onde o que vigora é a ordem médica. Assim, para sustentar seu lugar precisa estar muito bem fundamentado teórica e tecnicamente, demarcando um espaço desconsiderado pela equipe médica, que é a subjetividade. Convém esclarecer que não se trata de negar ou se opor ao saber médico, mas considerar uma diferença primordial na posição de cada um, médico e psicanalista, trabalhando com a equipe o reconhecimento das diferenças e a importância de ambos.

O trabalho no ambiente hospitalar requer uma mudança no *setting*, trata-se, assim, de uma ampliação do trabalho psicanalítico clássico, isto é, aquele praticado em consultório particular (Moretto, 2019). Neste sentido, é a ética psicanalítica que sustenta seu fazer, a qual independe do lugar em que é praticada. Maia e Pinheiro (2011) localizam no próprio percurso freudiano a flexibilização da técnica psicanalítica, quando este realiza recomendações aos psicanalistas, abrindo a possibilidade de adaptação

daquilo que postulou, ademais, mencionam os atendimentos que Freud realizou nos jardins de Viena.

Em consonância com Maia e Pinheiro (2011), Costa e Costa-Rosa (2021) sustentam que na clínica psicanalítica ampliada “a configuração espaço-tempo do dispositivo psicanalítico é modificada, porém sua estrutura é mantida; o “método” teórico-clínico e a ética que visa o sujeito na fala sob transferência são os mesmos” (pp. 3-4). As transformações no espaço-tempo referem-se à ausência do divã, de uma mobília e em muitos casos de uma sala para os atendimentos, bem como o não estabelecimento de um horário fixo.

Ademais, vale mencionar que nos contextos institucionais, o psicólogo irá trabalhar também com a equipe, de modo que é necessário conviver com olhares diferentes sobre o sofrimento humano, à vista de “instrumentalizar posições dos trabalhadores que possam ser intercessoras junto aos sujeitos em tratamento, em seus processos de lidar com o sofrimento e a doença” (Costa & Costa-Rosa, p.4).

Neste trabalho, que se propõe psicanalítico em contextos ampliados, Maia e Pinheiro (2011) ponderam que nem sempre diante de um pedido de ajuda se fará um processo analítico. Assim, compreende-se que um psicanalista não se define apenas por um trabalho psicanalítico clássico. Como explica Winnicott (1962), é necessário avaliar se os pacientes desejam ingressar em uma análise, logo se “necessitam e podem tolerá-la” (p.154). Quando não há a possibilidade de aplicar a técnica psicanalítica clássica, Winnicott (1962, p. 155) pontua que “somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião”. Todavia, Maia e Pinheiro (2011) consideram que não se deve renunciar ao referencial psicanalítico, tomando-o como direção para as possibilidades de intervenção relativa a cada paciente e em cada contexto. Deste modo adota-se a “aceitação de uma postura diferenciada no sentido de assumirmos, a partir do referencial da psicanálise, um lugar de escuta, de contenção, de organização, de diálogo com outros profissionais, com outros personagens da vida do paciente” (p.662).

A intervenção com bebês prematuros pode situar-se neste contexto de um psicanalista fazendo outra coisa, na medida em que o psicólogo atuará com as famílias, os bebês e a equipe no contexto de uma UTIN. Partindo desse pressuposto, o psicólogo precisará se haver com novas condições e dispositivos de trabalho. Druon (1997) identifica que um

desses instrumentos de trabalho é o toque pelo olhar e pela voz, em detrimento do gesto, pelo fato de já ocorrer uma superestimação com a rotina de cuidados da UTIN.

Ao propor observar o bebê prematuro e suas relações com a equipe e a família, conforme o método idealizado por Ester Bick, Druon (1997) percebe que, mesmo diante da fragilidade do lactente prematuro, a vida psíquica e os primeiros vínculos já existem. Cita, por exemplo, as expressões de relaxamento do bebê ao receber a enfermeira para observá-lo sem realizar procedimentos, incluindo a redução do ritmo cardíaco quando a profissional verbaliza que está se aproximando; além disso, menciona a recusa do olhar após a realização de intervenções dolorosas.

Druon (1997) defende que, embora o ambiente de uma UTIN seja altamente técnico, a equipe pode funcionar como continente para a vida psíquica do bebê doente e de suas famílias, atuando tal qual os avós, com uma “presença de fundo” (p.141). Assim, pode ofertar cuidados que amenizem o sofrimento da criança e dos pais. Neste sentido, Cresti e Lapi (1997) observam que o hospital se insere como terceiro elemento na relação entre a díade mãe-bebê, “influindo assim, de forma direta ou indireta, na qualidade da relação que está se estabelecendo entre mãe e filho”.

Em uma relação que contribui para a formação da parentalidade e do desenvolvimento dos bebês prematuros, a equipe apoia a relação entre a díade mãe-bebê, “facilitando sua ativação e colaborando em favor de uma aproximação recíproca e de *coupling*” (Cresti e Lapi, 1997, p.152). Todavia, quando os profissionais reagem às projeções da mãe sobre o hospital e às do próprio bebê, é possível que se estabeleçam entraves na formação vincular. Isso pode acontecer diante das solicitações emocionais intensas devido aos problemas físicos da criança, cujo “encontro entre a patologia da criança e as situações emocionais não contidas nem elaboradas pelos adultos, podem nascer, na tríade, círculos comunicativos carregados de angústia e de agressividade” (p. 159).

Para exemplificar a função do hospital enquanto terceiro na relação mãe-bebê, Cresti e Lapi (1997) citam uma mãe de gêmeos prematuros, que nos primeiros contatos com os gêmeos fica insegura com a qualidade dos cuidados médicos, além de não demonstrar preocupação em diferenciar os bebês, vestindo-os com roupas de cores iguais embora fossem de sexo diferentes. Na medida que a enfermeira permite à mãe tocar os bebês, dar-lhes a mamadeira e incentivar a amamentação, a mãe começa a buscar

diferenças nos filhos, gesto acompanhado pelo esforço da equipe em vestilos também de modo diferente.

Neste caso, a equipe assume uma função de envelope, no sentido de conter e proteger a dupla, fornecendo “um apoio físico e psicológico comparável ao que a mãe deve, por sua vez, dar ao recém-nascido, para permitir que viva e se desenvolva” (Cresti & Lapi, 1997, p.155). Deste modo, é possível “oferecer tanto às mães como aos bebês as condições favoráveis para a identificação primária com um objeto-suporte, pelo qual sentem-se sustentados” (p.155). Neste sentido, cabe pontuar que, de acordo com Winnicott (1963), para o bebê existem duas mães, a mãe objeto que satisfaz às “necessidades urgentes do lactente” (p.72) e a mãe ambiente, sentida pelo bebê como “a pessoa que evita imprevistos e que ativamente provê o cuidado de sustentar e do manejo global” (p.72). Na vivência do puerpério em uma UTIN, tais funções são exercidas também pela equipe de saúde.

Machado (1999) compreende que o atendimento às puérperas é uma ação preventiva, “pois aproxima-se mais do cuidar do que do tratar” (p.62). Partindo deste pressuposto, o acolhimento às mulheres neste momento resgata elementos não elaborados do parto, configurando-se como “um trabalho de acabamento do parto” (p.63). Assim, tal qual o filho, os pais também precisam da confiança dos profissionais para que possam amadurecer e isto é possível na medida que o tempo da gestante e do pai de buscarem soluções próprias é respeitado, promovendo a autonomia e a construção da maternidade e da paternidade (Szejer,1999).

Beaumord (2016) estabelece dois objetivos principais para o trabalho do psicólogo hospitalar na clínica obstétrica, são eles: a profilaxia, que visa proporcionar o reconhecimento e expressão das vivências próprias do estado gravídico-puerperal, além de evitar o agravamento do estado psicológico em função da hospitalização e a minimização do sofrimento. Compreende-se que gestantes e puérperas estão mais suscetíveis à estímulos externos, o que contribui para a intensificação da vulnerabilidade diante do internamento. Como recurso interventivo neste cenário, Beaumord (2016) acredita que psicoterapia breve e focal é a mais indicada em função do tempo de permanência da mulher no hospital, que pode ser curto, das situações de caráter de urgência e das demandas emergentes em função da hospitalização.

No trabalho com os pais de bebês prematuros, Santos (2016) os incentiva a “falarem de sua história e sobre o bebê, podendo dizer como o filho entra na história deles” (p.256), com o objetivo de saber quais as marcas foram mobilizadas em função dos desencontros de um parto prematuro e, a partir dessa narrativa, potencializar a entrada da criança na história da família e no discurso dos pais. Deste modo, é reconhecido o lugar que os pais concedem ao filho, questão que, não raramente, mostra-se como mais emergente na intervenção do que as implicações da patologia orgânica. Isto porque é necessário um lugar vazio como condição para a constituição do sujeito, caso contrário forma-se um terreno propício para casos de autismo e psicose, nos quais a criança se vê na posição de assumir “ao lugar ao qual foram convocados pelo Outro” (Santos, 2016, p.256).

Dentre as posições que a criança pode ser colocada pelos pais, Santos (2016) identifica que a depender da dimensão imaginária que a patologia alcança, é possível que não se encontre outras possibilidades para o filho para além do lugar de “doente, deficiente, incapaz, fixado e definido em sua patologia” (p.223). Há, com isso, o risco dos pais se fixarem no presente do traumatismo. Por essa via, compreende-se que a função do psicólogo é possibilitar a emergência do desejo, rompendo o olhar tão somente para o corpo doente, “uma vez que a circulação do desejo entre as crianças e seus pais é fundamental na constituição de um sujeito” (p.261). Opera-se, assim, no campo da escuta das singularidades, no sentido de qual respostas cada família e cada bebê pode construir diante da experiência vivida.

No que se refere ao atendimento à famílias e bebês, cuja gestação seja gemelar, há uma escassez de estudos (Nunes, 2021), todavia, é recorrente o nascimento prematuro de gêmeos, por se tratar de uma gestação de alto risco. Um nascimento prematuro, de acordo com o Ministério da Saúde (2022), ocorre quando há o “parto pré-termo em até 36 semanas e 6 dias de idade gestacional, excluindo o período considerado como de abortamento” (p. 103). Tendo em vista a incidência de nascimento prematuro em gêmeos e a necessidade de permanecer temporariamente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN/UTIneo), é conveniente refletir sobre a atuação do psicólogo em tais situações, para tanto será apresentado e discutido fatos clínicos decorrentes do atendimento à mães gemelares no contexto da UTIN.

Possibilidades de intervenção com mães de bebês gemelares no contexto da prematuridade

A pesquisa foi executada através do método de construção de fatos clínicos psicanalíticos (Quinodoz, 1994), a partir da leitura dos relatórios de atendimentos em psicoterapia psicanalítica breve, que haviam sido realizados com quatro puérperas cujos bebês gêmeos estiveram internados em UTI neonatal. A partir da leitura dos relatórios, os fatos clínicos foram identificados, validados em reuniões científicas com a presença de pesquisadores de um projeto maior a respeito de atendimento a gêmeos e familiares, vigente na Universidade em que o estudo foi conduzido. Posteriormente os fatos clínicos organizados em categorias temáticas e analisados a partir de fundamentos da psicanálise.

Constatou-se a recorrência e a relevância da categoria “luto”, tendo em vista que a vivência do luto ocorreu ao longo dos atendimentos às puérperas em decorrência do nascimento prematuro dos bebês, devida a perda de um dos gêmeos ou de ambos e em um dos casos diante do retorno para casa sem os bebês ou com um dos cogêmeos apenas.

Para Freud (1917/2010) o luto se caracteriza como uma reação à perda de uma pessoa ou de ideais, que embora não seja considerado uma condição patológica provoca grande sofrimento psíquico, com a inibição de outros interesses que não se relacionem com as memórias atreladas a perda, portanto “as lembranças e expectativas que vinculavam a libido ao objeto é trazida à tona e recebe uma nova camada de carga isto é, de sobreinvestimento” (p.104). Assim, diante do contato com a realidade da ausência do objeto amado, é esperado que a libido antes investida nessa relação seja dela retirada. Contudo, Freud (1917/2010) ressalta que o abandono de uma posição libidinal impõe intensas exigências ao indivíduo, que pode tentar manter essa conexão através do afastamento da realidade e também de uma psicose alucinatória.

Outrossim, Freud (1917/2010) explica que diante das mesmas circunstâncias, a perda de um objeto amado, algumas pessoas apresentam um quadro de melancolia, ao invés do luto. Na melancolia, o investimento libidinal em outros objetos, é dificultada, prevalece um estado de desinteresse por qualquer atividade, a incapacidade de estabelecer vínculos e uma acentuada diminuição da autoestima, na qual a pessoa se auto recrimina e se pune. No luto, é claro aquilo que se perdeu, enquanto que na

melancolia, embora a pessoa saiba quem perdeu, não consigo definir ao certo o que foi perdido no outro.

Sendo assim, “no luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia é o próprio eu” (Freud 1917/2010, p.176). Dentre as causas para o quadro de melancolia, é apontada a identificação narcísica com o objeto perdido, na qual “a perda do objeto se transformou numa perda do eu” (p.181) e a predisposição à neurose obsessiva, de modo que há a presença de uma ambivalência afetiva, levando a ideia de que o enlutado teria desejado ou provocado a morte de seu ente querido e, em decorrência disso, se auto recrimina.

No tocante ao luto perinatal, observa-se a negação social e a falta de compreensão do entorno acerca da perda do recém-nascido, o que dificulta uma representação psíquica do sofrimento vivenciado pelas mães (Iaconelli, 2007). Assim, não há a possibilidade de percepção do que foi perdido no e com o objeto.

Se Freud (1917/2010) considera a importância do tempo, do teste da realidade, do reconhecimento social da dor do enlutado e da elaboração das ambivalências como importantes fatores para a elaboração do luto, então fica evidente o quanto o luto perinatal é dificultado, tendo em vista a falta de reconhecimento social acerca do bebê perdido, principalmente em casos de malformações, e do incentivo dado aos pais para acelerarem a elaboração do luto, ao serem estimulados a ter outro bebê (Iaconelli, 2007).

Em puérperas gemelares, a elaboração do luto devido a perda de um dos bebês ou de ambos, apresenta outros complicadores além dos descritos por Iaconelli (2007), como a dor da perda de dois filhos e a possibilidade de o cogêmeo ser colocado no lugar do gêmeo perdido. Nos atendimentos clínicos realizados com Adélia, tais fatores são evidenciados nos fatos clínicos que se seguem:

Disse que foi muito estranho pegar o filho sem vida, começou a chorar, era um choro contido, abafado. Disse que tentou gravar o máximo possível de seus traços, olhava sua sobrancelha, seu rosto, seu cabelo. Pensava em como ele seria se crescesse, que cor seriam seus olhos. Adélia falava e chorava. Eu sentia um aperto no peito, como se fosse algo que me comprimia, embora Adélia dissesse estar bem, a sessão era intensa para mim, penso que

contratransferencialmente ela me mobiliza esses sentimentos, que até o momento não se permitia sentir.

No relato da mãe, parece haver a necessidade de reconhecimento do filho perdido, ao tentar torná-lo concreto a partir de seus traços físicos. Para Iaconelli (2007) para que se estabeleça um vínculo com o bebê, a imagem do filho sonhado precisa vir acompanhada de sua chegada, ademais, como sugere Maldonado (1991) é necessário ligar o bebê idealizado durante a gestação ao bebê real. No caso de Adélia, ela se defronta com a imagem de bebês prematuros extremos e Caio com dois dias de vida vem a óbito. Assim, ao descrever e memorizar os traços físicos do filho, bem como imaginar tudo aquilo que não poderia viver, havia a busca por dar um lugar psíquico ao bebê. Outrossim, a intensa dor que atravessa a relação entre a paciente e a terapeuta neste momento, pode remontar à ausência de uma imagem real para a qual a mãe pudesse destinar sua libido, trazendo à tona às idealizações que foram construídas durante a gestação e que não puderem encontrar destino no filho morto. Há, portanto, a dor da perda do objeto amado e devido à abrupta quebra de expectativa entre o bebê idealizado e o bebê real.

Neste sentido, mesmo diante do óbito do recém-nascido com poucos dias de vida, ficará uma marca no psiquismo da família e do cogêmeo (Reis, 2015; Mauer, 2021), com o risco de o filho sobrevivente ser colocado no lugar do bebê perdido (Iaconelli, 2007), o que se vê nos fatos clínicos a seguir:

No outro dia que foram ao hospital, Mateus estava com um problema nos rins devido ao antibiótico que estava tomando. Adélia foi informada que era normal e que tinha motivos para se preocupar. Adélia disse que ficou desesperada, pois com Caio foi a mesma coisa, disseram que ela poderia pegá-lo e no outro dia ele teve problemas nos rins, afirmou ter pensado que aconteceria o mesmo com Mateus, também o perderia.

Em outras situações, Adélia reafirma a comparação entre os irmãos: Contou que quando olhava para Mateus via Caio, era muito estranho. Disse que a enfermeira a acalmou explicando que ele estava fazendo xixi. Perguntei se ela pensava que tê-lo pego no colo poderia ter de alguma forma contribuído para o problema nos rins, Adélia afirmou que não, disse que sentia medo, pois parecia estar

vivendo tudo de novo com Mateus. Percebi que internamente o filho vivo e o filho morto eram uma coisa só para Adélia, ela ainda não conseguia diferenciar as experiências.

Disse que quando soube que Caio (nesse momento cometeu um ato falho e chamou Mateus pelo nome de Caio) havia partido pensou que não sentia mais dor. O ato falho de Adélia me fez pensar que Caio e Mateus ainda estavam em um mesmo locus afetivo, não havia diferenciado um do outro, se relacionava com o filho vivo, mas ao mesmo tempo com o morto.

Adélia recorre também a cena do aniversário de Mateus para representar o medo de vê-lo sempre a partir da imagem do filho que havia falecido:

Lembrou que naquela semana Mateus tinha completado um mês de vida, disse ter ficado feliz, mas ao mesmo tempo triste, porque era para Caio também estar completando um mês, contou que a equipe da UTIN fez uma festinha para Mateus, colocaram bexigas na incubadora e cantaram parabéns, Adélia disse que quando viu a surpresa ficou emocionada, pois não esperava que lembrassem. Disse que se sentiu feliz, acolhida, mas não conseguia deixar de pensar em Caio, falou do medo de Mateus ficar em segundo plano, preocupando-se com o fato de ter ficado triste, algo que de acordo com ela “ofuscaria” o dia de Mateus, disse que pensava se seria sempre assim em seus aniversários

A ambivalência afetiva de Adélia em torno da imagem perdido é expressa também com a chegada de uma plaquinha com o nome dos dois filhos:

Havia chegado uma plaquinha com os nomes de Caio e Mateus, que ela havia encomendado antes de Caio falecer, disse que ficou mal quando viu, mas decidiu colocá-la na porta do quarto, contudo não conseguia olhar para a plaquinha nos primeiros dias, mas nos últimos dias se acostumou. Falou que conversou com o esposo se deixariam ou não a plaquinha e decidiram deixar. Perguntei para Adélia o que os fez tomar essa decisão, ela disse que eram pais de Caio e Mateus, mas pensava que quando Mateus crescesse ela

retiraria a plaquinha, para que ele não sentisse que davam mais importância ao irmão. Tem medo de ficar comparando os dois, contou que o marido troca os nomes com frequência e ela teme que Mateus não se sinta amado, ficando na sombra do irmão.

A ideia de Mateus ficar à sombra do irmão, parece denotar o medo de Adélia de não conseguir investir afetivamente no filho que sobreviveu, mas na sombra do bebê morto representada pelo cogêmeo. Neste sentido, vale destacar que a descoberta de uma gestação gemelar por si só já mobiliza na mãe e na família uma ambivalência afetiva e a necessidade de elaborar o fato de que terão que se haver com a presença de dois bebês. Este processo, nomeado por Nunes (2021) de um evento não normativo, pode dificultar a formação da parentalidade e há o risco da aglutinação dos bebês na psique materna. Diante da prematuridade e da perda dos bebês tais sentimentos são ainda mais intensos e a construção da parentalidade passa a exigir dos pais um intenso trabalho de elaboração psíquica. O fato clínico retirado de um dos atendimentos à Adélia coaduna esta constatação:

Adélia segue falando que quando descobriu que estava grávida não pensou que seriam dois, se acostumou com a ideia de um, depois quando soube que eram dois precisou de tempo para lidar com isso, disse que ficava preocupada de como seria cuidar de dois ao mesmo tempo, ainda mais sendo seus primeiros filhos. Depois, disse que conseguiu assimilar a ideia. Acreditava que seriam diferentes, quando soube que eram iguais, começou a pensar em como faria para diferenciá-los, disse que não queriam que usassem as mesmas roupas, então começaram a comprar as roupinhas e já iam pensando de quem seria. Disse que quando Caio faleceu teve que se reorganizar, para ser mãe de um novamente. Me parecia que Adélia tentava construir sua maternidade, entender como cuidar de um, mas sabendo que foram dois. O nome de Caio na plaquinha parecia ter a função de lembrá-la disso, de que teve dois filhos. Senti que a plaquinha representava, de algum modo, um meio de lidar com o luto pela perda de Caio, pela perda do ideal que construiu em torno de ser mãe de dois.

Assim, além do luto pela perda do bebê idealizado, parece haver também o luto pela perda do ideal construído em torno da maternidade e

da dura realidade de ter bebês prematuros, bem como de ser mãe de um bebê falecido. Diante disso, pode existir a sensação de incapacidade enquanto mulher e como mãe. Como se vê no fato clínico retirado do atendimento a outra mãe:

Ana se sentia incapaz de gerar bebês saudáveis, de ser capaz de “ser mãe de menino”, era uma ferida narcísica para ela, parecia-me dizer o quanto se via impotente, despotencializada.

Disse ainda que viu sua mãe chorando enquanto a mulher falava e pensou “imagine como deve ser triste para uma avó perder a sua mãe (ato falho), quer dizer seus netos”. Percebi que a troca de palavras não era sem sentido, havia algo ali relacionado ao ser mãe, perguntei para Ana como ela se vê enquanto mãe. Ana começou a chorar. Disse que quando perdeu seus bebês se sentia péssima, incapaz. Novamente lembrou do falecimento dos filhos

percebi o quanto ser mãe de bebês “mortos” tinha um significado de incompetência para ela, era algo delicado, de certa forma ela perdeu sua função como mãe quando seus bebês morreram, não a toa trocou as palavras de perder o “neto” para perder a “mãe”

Em vista disso, o superinvestimento no objeto perdido esperado no luto normal, vem acompanhado da dificuldade em se haver com o teste de realidade, a perda do filho idealizado, colocando o filho sobrevivente no lugar do filho perdido. Observa-se, ademais, que a percepção de incompetência descrita pela mãe dificulta o investimento libidinal em outros objetos:

Ana verbalizou que a filha lembrava muito os irmãos e que quando a abraçava parecia estar abraçando os bebês. Me preocupou o fato de Ana colocar a filha no mesmo lugar que os bebês mortos. Perguntou até quando iria se sentir assim, que queria sua vida de volta.

No tocante a inibição dos interesses por outros objetos, tal como proposto por Freud (1917/2010), Ana recorreu à metáfora de um filme, em que a protagonista tenta descer de uma torre e conta com a ajuda de amigos, perdendo-os ao longo do percurso, embora no filme retratado por Ana a

morte seja recorrente, a personagem principal consegue chegar em solo firme, mesmo com ferimentos. Ela relaciona a descida da torre com o processo de luto que vivia. Remonta, com isso, ao árduo processo elaborativo descrito por Freud (1917/2010), tendo em vista que a torre faz alusão ao afastamento de Ana de seus interesses, da vida que tinha antes da perda dos bebês.

O luto vivenciado por Ana se aproximou mais da descrição de um quadro de melancolia, como descrito por Freud (1917/2010), haja vista que houve um significativo comprometimento da autoestima, autorrecriações e a dificuldade de representação psíquica do objeto perdido, como é possível perceber nos fatos clínicos que se seguem:

Disse que não estava dormindo e que durante a noite sentia muito medo, tinha momentos que pensava que estava morrendo, precisava sentir seu coração bater para ter certeza que estava viva. Contou um episódio em que o seu esposo viu pelas câmeras da casa, durante a noite, que tinha um objeto com luzes para fora da casa e entrou em contato com Ana para que ela fosse pegá-lo, dizendo que era um brinquedo de sua filha. Ana disse que sentiu muito medo, falou para o esposo que poderia ser o espírito dos filhos, depois viu que era somente um gato. Perguntei porque achava que os filhos viriam vê-la depois de mortos, ela disse que poderiam culpá-la por morrerem.

Ana faz referência ao quanto se sentia culpada e se autorecriminava pela morte dos filhos, de modo que projetava esse medo na figura dos bebês mortos que viriam para puni-la. Vale salientar que a projeção é um mecanismo de defesa primitivo (Klein, 1952) e, diante da vivência do luto, a alternância a estados primitivos do desenvolvimento foi recorrente. Destarte, cabe salientar que a vivência do puerpério mobiliza na mulher um processo regressivo, pois há uma identificação com a fragilidade do bebê (Soifer, 1984) e o luto pela perda da condição anterior à gestação (Ferrari et al., 2007). Sendo assim, para além do luto esperado no puerpério, a perda do bebê parece mobilizar um intenso sofrimento, acrescido às reações afetivas esperadas no pós-parto. No caso de Ana, a projeção dos objetos maus, tal qual propostos por Klein (1952), aparecem na raiva do hospital e em alguns momentos da própria pesquisadora:

Não entendia o motivo de lhe darem esperanças e depois falarem que seus filhos haviam morrido e, depois de tudo isso, terem lhe entregue somente recordações de Pedro, como se Miguel não tivesse existido. Ana chorava copiosamente. Percebi que eu não poderia de forma alguma falar qualquer coisa que lhe parecesse que eu defendia o hospital, isso romperia nosso vínculo.

Perguntei o que Ana sentiu nesse momento, respondeu que muita raiva, ódio da médica. Disse que não entendia porquê não o entubaram quando nasceu, já que tinha risco, pensou que a médica era uma incompetente.

Disse que senti muito ódio da equipe, nesse momento parou de falar e me pediu desculpas por saber que eu trabalhava lá. Ana externalizava uma raiva, que de certa forma era projetada em mim, desconsiderava minhas falas, mostrava raiva de si mesma por não conseguir lidar com a sua dor, pelo hospital e de forma extensa a mim também.

Ana não havia conseguido segurar Miguel nos braços quando o viu morto, a imagem terrorífica do filho falecido, a culpa por não o ter tê-lo pego e por não ter conseguido gerar filhos saudáveis era projetada na médica e no hospital, de modo que os objetos maus que povoavam seu mundo interno geraram intensas ansiedades persecutórias (Klein, 1954), como fica evidente nos fatos clínicos a seguir:

Perguntei porque achava que os filhos viriam vê-la depois de mortos, ela disse que poderiam culpá-la por morrerem.

Contou que estava dormindo e sonhou que os filhos estavam na incubadora, com os olhos estalados, olhando para ela, quando acordou viu a imagem da médica na porta do seu quarto, dizendo: “o estado do bebê 1 é muito grave”, olhou novamente e a imagem continuava lá, aos poucos foi se desfazendo.

Assim, podemos compreender que diante da perda de seus bebês Ana alterna para a posição esquizoparanóide, com a cisão entre bom e mau (Klein, 1954), percebe a si mesma como um objeto mau, incapaz de gerar e cuidar dos próprios filhos e para lidar com as ansiedades decorrentes dessa percepção recorre ao uso maciço da projeção, na imagem dos filhos mortos, do hospital e da médica.

Neste sentido, é importante considerar que a equipe de saúde, frequentemente, recebe as projeções maciças dos conteúdos emocionais não passíveis de elaboração, que por sua natureza traumática, só consegue vir à tona nos ataques dirigidos aos profissionais. Em vista disso, o ambiente hospitalar pode ser visto, tanto pela puérpera, quanto por seus familiares, não como aquele que mantém vivo o bebê, mas como o enunciador da morte e, de sua incapacidade para manter seus filhos saudáveis. Compreende-se, por esta via, que como forma de preservar os objetivos bons internos, os aspectos maus são projetados na equipe de saúde. Sendo assim, cabe retomar os pressupostos apresentados por Cresti & Lapi (1997) de que o hospital atua como um terceiro elemento na interação entre a criança e os pais, fato que repercute na formação da parentalidade e na relação transferencial com os profissionais que se ocupam dos cuidados destinados aos bebês e suas famílias na UTIN.

Durante os atendimentos realizados, a projeção na psicoterapeuta de conteúdos afetivos referente ao hospital foi recorrente e a possibilidade de abordá-los no setting terapêutico, revivendo-os de outro modo e em uma nova relação pode trazer à tona novos recursos elaborativos. Sem a pretensão de esgotar a discussão acerca do luto em puérperas gemelares, haja vista a complexidade do tema e a insuficiência de estudos que abordem tais temáticas, segue um fato clínico decorrido do atendimento clínico à Adélia:

Precisei ir ao HU por questões pessoais, decidi ir até a UTIN para ver se Mateus estava lá. Quando cheguei o encontrei na incubadora como de costume, estava sozinho, ele havia crescido, em nada me lembrava aquele bebê minúsculo. Ainda estava cheio de fios, dormia. Perguntei para a enfermeira sobre sua condição de saúde, ela me respondeu rindo “ah, boa não é né, além de prematuro extremo, é cardíaco e passou por duas cirurgias”. Fiquei surpresa dela achar engraçada a situação. Perguntei pela mãe, ela disse que logo chegaria, afirmou que continuava vindo todos os dias para vê-lo junto com o pai. Pensei em esperar pela sua chegada, mas eu não podia. Me despedi, olhei para Mateus, senti um desejo imenso que ele pudesse sobreviver. Naquele momento, tive a sensação de trabalho encerrado.

Ao finalizar as análises mencionadas no presente estudo sobre a importância o atendimento às puérperas, mãe de gêmeos, especialmente a aquelas que perderam um de seus bebês cabe ainda refletir sobre o gêmeo sobrevivente. Considerando que o luto por um dos filhos pode implicar na maneira como a mãe e/ou pais conduzem os cuidados ao bebê sobrevivente. Além disso, necessário se faz considerar as implicações emocionais ao longo da vida do gêmeo sobrevivente tal qual mencionado por Dezotti, Rodrigues & Reis (2025). Nesse sentido indicando a necessidade de que, não apenas a puérpera, mas também o gêmeo sobrevivente possa receber os cuidados do ponto de vista afetivo emocional.

Considerações Finais

Com a possibilidade de nascimento prematuro em gêmeos e a hospitalização em UTI neonatal, as demandas dos cuidadores são ainda maiores. Além da fragilidade somática dos bebês, inerente à prematuridade podem surgir dificuldades na formação do vínculo materno-infantil, devido ao temor pela perda de um ou ambos os bebês e à pouca responsividade do recém-nascido pré-termo ao contato. Nesse contexto, além da impotência que pode ser sentida pela mulher e sua família, há a necessidade de cada mãe lidar com as emoções vivenciadas em função do atravessamento dos cuidados hospitalares no trato com os seus respectivos bebês. Em vista disso, é salientada a importância de uma escuta psicológica qualificada e atenta às singularidades de famílias com bebês gemelares. Uma vez que a atenção aos vínculos iniciais entre os cuidadores e a criança pode constituir-se como fator protetivo para saúde materno-infantil, prevenindo possíveis entraves no desenvolvimento afetivo-emocional.

A equipe de saúde, em especial, o psicoterapeuta sob o enfoque psicanalítico, pode cooperar com o cuidado às questões psíquicas vivenciadas pela puérpera gemelar, contribuindo para a formação da parentalidade. A escuta atenta às demandas das mães de gêmeos, principalmente daquelas que perdem seus bebês prematuros seja no momento parto e/ou no puerpério, parece contribuir para a prevenção de dificuldades no vínculo mãe-bebê considerando o cogêmeo sobrevivente. Além disso, há também a possibilidade de colaborar com reflexões a respeito da função materna, considerando as futuras gestações que aquela mulher possa vir a ter.

Referências

- Beaumord, F. S. (2016). Obstetrícia: uma clínica para além do nascimento. In *Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional* (pp. 223-246). Belo Horizonte: Artesã.
- Cavaggioni, A. P. M., Tomaz, M. C., & Benincasa, M. (2018). Intervenções psicológicas com famílias de bebês prematuros em Unidade de Terapia Intensiva neonatal. *Revista De Ciências Médicas*, 26(3), 93–106. <https://doi.org/10.24220/2318-0897v26n3a3873>.
- Costa, M. F., & Costa-Rosa, A. da. (2021). Considerações sobre a Ampliação da Intensão da Psicanálise numa Unidade de Pronto Atendimento. *Psicologia Ciência e Profissão*, 41(spe2). <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219208>
- Cresti, L., & Lapi, I. (1997). O esboço da relação mãe/bebê e a instituição hospitalar: díade ou tríade. In *A observação de bebês: os laços do encantamento* (pp. 139–148). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dezoti, A. Y., Rodrigues, R. P. ., & dos Reis, M. E. B. T. (2025). Sob a sombra do cogêmeo: vivências emocionais de uma sobrevivente. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, 14, e6152. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.2025.e6152>
- Dias, E. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. São Paulo: DWWeditora.
- Druon, C. (1997). Como o espírito vem ao corpo das crianças, em UTI neonatal. In *A observação de bebês: os laços do encantamento* (pp. 139–148). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fernandes, P. P., Silva, M. R. (2019). Função materna no contexto da prematuridade: uma revisão da literatura psicanalítica. *Psicologia em Revista*, 25(1), 1-18. <https://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n1p1-18> .
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S.. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia Em Estudo*, 12(Psicol. Estud., 2007 12(2)). <https://doi.org/10.1590/S1413-7372200700020001>

- Freud, S. (2010). Luto e melancolia (Obras Completas de Sigmund Freud, vol.12). Companhia das Letras. (Trabalho originalmente publicado em 1917).
- Iaconelli, V.. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614–623.
<https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>
- Iwashima, D., Barreto, M. E. T. R. & de Souza Santiago, T. (2019). Emoções vivenciadas pelo psicoterapeuta aprendiz na clínica psicanalítica com adolescentes: um estudo exploratório. *Revista De Psicologia*, 10(2), 37 – 50.
<http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/33090>
- Klein, M. (1952). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In Inveja e gratidão e outros trabalhos (4th ed., pp. 86–118). Imago.
- Machado, S. P. (1999). O atendimento psicológico pós-parto: uma ação preventiva. In C. Berliner & M. L. A. Gutierrez (Trans.), *A escuta psicanalítica de bebês em maternidade* (pp.62-66). Casa do Psicólogo.
- Maia, M. V. C. M., & Pinheiro, N. N. B. (2011). Um psicanalista fazendo outra coisa: reflexões sobre setting na psicanálise extramuros. *Psicologia Ciência e Profissão*, 31(3), 656–667.
<https://doi.org/10.1590/s1414-98932011000300016>
- Ministério da Saúde. 2022. Manual da gestação de alto risco. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_ge_stacao_alto_risco.pdf.
- Moretto, M. L. T. (2019). O que pode um psicanalista no hospital? Artesã.
- Nunes, A. (2021). Tornando-se mãe de gêmeas prematuras: uma perspectiva autoetnográfica [UFBA].
<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/33965>.
- Quinodoz, Jean-Michel. (1994). Fatos clínicos ou fatos clínicos psicanalíticos? *Rev. Bras. Psicanal.*(Vol. XXVIII, pp. 613-634).

- Reis, M. E. B. T. (2022). Construção de fatos clínicos psicanalíticos. In Nadja Nara Barbosa Pinheiro, Rodrigo Sanches Peres & Sivia Nogueira Cordeiro (Orgs.) *Pesquisas em psicanálise: Reflexões teóricas e ilustrações práticas* (pp. 97-110). Pedro & João editores.
- Ribeiro, F. S., Santos, N. T. G. , & Zornig, S. M. A. (2016). Dividida em dois?: A experiência materna nos casos 120 gemelares. *Natureza humana*, 18(1), 37-54
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302016000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Santos, L. C. (2016). Psicologia e assistência neonatal: intervenções possíveis e necessárias. In *Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional* (pp. 247- 263). Artesã.
- Soifer, Raquel. (1984). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Artes Médicas.
- Souza, L. O. (2023). *Mães de gêmeos prematuros: a escuta psicanalítica na UTI neonatal [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Londrina]. Universidade Estadual de Londrina.*
- Winnicott, D. W. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 70–78). Artmed
- Winnicott, D. W. (1963). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 70–78). Artmed.

Capítulo 11.

**Aprendizagem experiencial e formação em
Psicologia: experiências de estudantes
extensionistas no Projeto Acolher com famílias
de pessoas com TEA**

*Raquel Garcia de Lima Sória
Cassiane Pereira da Silva*

Introdução

Projetos de Extensão Universitária fazem parte do tripé ensino-pesquisa-extensão, que sustenta a universidade, tendo como finalidade mobilizar os estudantes até a comunidade e promover uma aprendizagem de competências, além de reflexões-críticas. Propõe-se com este capítulo de relato de experiência, compartilhar sobre as possibilidades de aprendizagem em projeto de extensão, no que se refere a cuidados de membros de família atípica pela vivência no Projeto Acolher realizado no curso de graduação em psicologia.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por dificuldades contínuas na forma como se comunica e como interage socialmente. Essas dificuldades se refletem em padrões restritos e estereotipados de comportamento, interesses ou atividades (Fernandes et al., 2020).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição - TR (DSM-5-TR), os critérios diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista incluem déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, manifestados por dificuldades na reciprocidade socioemocional, nos comportamentos comunicativos não verbais e no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos. Além disso, o DSM-5-TR classifica o TEA em três níveis de gravidade, com base na necessidade de suporte: nível 1 (necessita de apoio), nível 2 (necessita de apoio substancial)

e nível 3 (necessita de apoio muito substancial) (American Psychiatric Association, 2022).

Além do indivíduo diagnosticado com TEA, a família também é afetada pelo transtorno. Estudos recentes mostram que a família e cuidadores de pessoas com TEA apresenta maior vulnerabilidade à sobrecarga mental, elevados níveis de estresse e sintomas acentuados de ansiedade e depressão, tendo como principal fator desencadeante dessas condições, as demandas contínuas de atenção e cuidado, bem como as adaptações necessárias ao contexto familiar (Sturmer et al., 2025).

Esse diagnóstico impacta significativamente a dinâmica familiar, exigindo adaptações emocionais, sociais e econômicas. Uma revisão integrativa recente, indica que tais famílias enfrentam desafios diários relacionados à sobrecarga emocional, além de física, alterações na rotina e um processo necessariamente contínuo de adaptação às demandas do cuidado (Farias et al., 2023). Estudos qualitativos revelam que os pais, ao receberem o diagnóstico, frequentemente experimentam sentimentos de choque, tristeza, culpa e desesperança (Pinto et al., 2016). Essas emoções podem ser intensificadas pela falta de informações adequadas e suporte profissional durante o processo de diagnóstico (Faro et al., 2019; Pinto et al., 2016).

Além disso, a sobrecarga materna é uma realidade comum, com as mães assumindo, em muitos casos, a maior parte dos cuidados e enfrentando desafios relacionados à conciliação entre as demandas do filho e outras responsabilidades familiares e profissionais impactando em níveis maiores de estresse materno (Faro et al., 2019; García et al., 2024). As mães acabam sendo mais impactadas com o diagnóstico assumindo a maior parte do cuidado, contrapondo aos desafios no atendimento de suas próprias necessidades, com implicações da dinâmica familiar e luta pelos direitos sociais que esse processo implica (García et al., 2024). Isso reflete os obstáculos de equilibrar diversas dessas responsabilidades (Falcão et al., 2023; Mapelli et al., 2018). Quanto aos pais, acabam não sendo tão ativos diante das necessidades nesse contexto (Mapelli et al., 2018).

Nesse sentido, percebe-se a importância do apoio e cuidado com a família, pois após receber o diagnóstico de autismo do membro familiar, os familiares buscam fornecer os estímulos necessários e suporte a ele (Falcão et al., 2023; Mapelli et al., 2018). Por isso, destaca-se a importância da assistência psicossocial com foco na qualidade de vida da família, visto o

impacto intenso do diagnóstico que gera muitas vezes negação, culpa e inseguranças (Falcão et al., 2023). Para além do contexto familiar, embora ainda afete consideravelmente a família em sua dinâmica e funcionamento, a literatura recente aponta que o TEA também envolve desafios relacionados à inserção social e escolar, exigindo adaptações não apenas da família, mas também das instituições e da sociedade como um todo, de modo a favorecer processos mais amplos, afetivos, de inclusão e desenvolvimento (Partyka et al., 2022).

Para um suporte e acolhimento adequado, é indiscutível que os profissionais sejam qualificados para tanto. Dentre as competências relevantes para tal, estão a capacidade de abordar os pais de maneira respeitosa e atenciosa, acolhendo por meio de uma comunicação clara e empática e expressando o conhecimento das implicações que o diagnóstico apresenta à família (Maia et al., 2016). Essas condutas contribuem favorecendo a adaptação e perspectiva resiliente da família (Falcão et al., 2023). Romanini, Guareschi e Roso (2017) afirmam que essas práticas de acolhimento não se limitam a ações técnicas, elas englobam a mobilização da afetividade, a qual contribui para o estabelecimento de sentimento de confiança entre as pessoas envolvidas. Dentre esses sentimentos estão a alegria, a frustração, ser visto como pessoa, tristeza, os quais são propostos como uma "tecnologia do cuidado" (Romanini et al., 2017, p.496).

Além disso, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Acolhimento em relação ao SUS, com orientações sobre como os profissionais de saúde devem acolher. Nela constam atitudes como escuta, empatia, validar as preocupações do outro, respeito às diferenças, fornecer informações claras, demonstrar interesse pelo conteúdo da fala, personalizar o atendimento e promover diálogo (Brasil, 2013).

Embora nem todos os projetos e ações de cuidado às necessidades de famílias com membro autista, considera-se essas orientações como relevantes para vários contextos, tais como em projetos de extensão universitária (PE), que visam oportunizar cuidado às comunidades promovendo o desenvolvimento de competências profissionais em estudantes universitários (Santana et al., 2021).

Um PE é uma iniciativa universitária que integra, de forma colaborativa, o conhecimento acadêmico com a realidade da comunidade externa, promovendo benefícios para ambas as partes. A tríade ensino-

pesquisa-extensão compõe a base das universidades, essenciais para a formação de estudantes e para a promoção do desenvolvimento social, visando competências de escuta e empatia para essas famílias atípicas (Souza et al., 2024). O objetivo é aplicar os conhecimentos teóricos e técnicos assimilados em sala de aula para situações práticas e reais, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades práticas e conhecimentos dos alunos e de atitudes crítica-reflexiva (Souza et al., 2024). Para a comunidade, os projetos de extensão oferecem oportunidades de participação ativa, discussão e reflexão sobre temas relevantes, podendo levar novos conhecimentos e instalação de práticas saudáveis (Santana et al., 2021).

A extensão desempenha um papel relevante na consolidação de uma Psicologia que verdadeiramente atenda a população, principalmente no que se refere a família com membro autista (Souza et al., 2024). Ela não só amplia o alcance da Psicologia, mas se alinha às necessidades da população e coopera na construção conjunta de soluções para as demandas que surgem. Para isso, a psicologia atualmente tem se adaptado a novos contextos, como o reconhecimento da importância da extensão como facilitadora dessa adaptação (Costa, 2023).

A recente homologação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da área, traz diretrizes que reforçam a necessidade de uma formação que integre não apenas o conhecimento técnico, mas também valores éticos e um compromisso profundo com o desenvolvimento científico e a responsabilidade social. Para tanto, o futuro profissional de Psicologia deve estar preparado para lidar com os fenômenos históricos, sociais, econômicos, culturais e políticos que impactam a sociedade, em contextos nacionais e mundiais. Além disso, é fundamental que esse futuro profissional se guie pelos princípios estabelecidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, engajando-se na construção de uma sociedade mais democrática e promovendo a melhoria da qualidade de vida das pessoas, dos grupos e das comunidades com as quais interage (Brasil, 2019).

Nesse sentido, as novas DCNs preveem que os cursos de Psicologia contem com um Serviço-Escola, que deve oferecer serviços à comunidade e ser um espaço de integração entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão. Essa proposta busca assegurar uma formação integrada e contínua, permitindo o desenvolvimento das competências necessárias ao

exercício da profissão. A criação e execução de projetos de extensão devem promover a interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade e a interação entre professores, estudantes e a comunidade, ao longo de toda a formação acadêmica do psicólogo. Esses esforços de integração entre a formação acadêmica e a atuação prática reforçam o papel social da Psicologia e garantem que os futuros profissionais estejam preparados para contribuir de forma significativa e ética para a sociedade (Brasil, 2019).

Contudo, nesse contexto, a família assume um papel indispensável no cuidado e desenvolvimento da pessoa com TEA, sofrendo um impacto direto causado pelas demandas advindas do diagnóstico. Recentemente, estudos destacaram que a necessidade de adaptação à nova realidade envolve significativamente reorganizações emocionais, sociais e práticas, evidenciando assim, a importância de redes de apoio e suporte psicossocial para esses núcleos familiares (Falcão et al., 2023; Pinto et al., 2016).

Esta temática é importante pois a crescente estatística de diagnósticos de TEA, muitas famílias são impactadas em sua qualidade de vida, reverberando em diversas áreas de vida dos membros familiares, como rotina, preocupações financeiras, medo do isolamento e discriminação da própria família dentre outros (Pinto et al., 2016). Visto isso, este relato de experiência (RE) é resultado da experiência do projeto de extensão “Acolher”, conduzido por duas professoras e tem a finalidade de contribuir para a literatura científica, uma possibilidade de aprendizagem sobre os impactos do diagnóstico de autismo de um membro, na sua família.

Com este aumento, cresce também a necessidade de melhor qualificação dos profissionais, desde a sua formação. Logo, os PE's com a intenção de promover o acolhimento a esses membros familiares, cuidadores e responsáveis de pessoas com TEA, e contribuindo para o aprendizado de estudantes universitários. Na literatura, não se encontra variedade de publicações a respeito de projetos de extensão com esta finalidade. Logo, propõe-se como objetivo deste relato de experiência (RE), compartilhar de forma descritiva e cronológica, as ações do Projeto de Extensão Acolher, e analisar as contribuições da experiência para as aprendizagens de estudantes universitários do curso de graduação em Psicologia.

Métodos

O Relato de Experiência (RE) é um método utilizado com a finalidade de compartilhar experiências de docentes e discentes em projetos baseados nos pilares da universidade, no ensino, na pesquisa e na extensão conforme Mussi, Flores e Almeida (2021). Utilizou-se o roteiro para construção de RE, que segundo os autores, o qual apresenta itens indicadores de quais conteúdos são importantes de aparecer em cada seção, de cunho descritivo e observacional.

O Projeto de Extensão Acolher, é destinado a pais e responsáveis de pessoas com autismo, tendo início no primeiro semestre do ano de 2024 em uma universidade na cidade de Maringá, Paraná, sul do Brasil. Como critério de inclusão dos estudantes ao projeto, foi delimitado aos estudantes do curso de Psicologia. Foram estabelecidos seis encontros a serem realizados com duração de três horas, presenciais, realizados em sala de aula previamente reservada com esta finalidade.

Quanto ao eixo da experiência, trata-se da descrição de observações feitas sobre o processo de experiência dos estudantes universitários em cada encontro, quanto aos apontamentos de mudanças, reflexões expressas e condutas adotadas conforme ocorriam os encontros. As atividades dos encontros foram previamente estabelecidas no primeiro encontro, no qual foram distribuídas as funções que cada estudante assumiria, tais como: observação, mídia, ações de promoção da saúde, dinâmicas, condução do encontro e dicas de conteúdos a serem compartilhados com os participantes.

Em relação aos materiais foram utilizados datashow, urso de pelúcia e caixa com espelho para dinâmicas, contribuição de cada estudante em algum alimento, cadeiras dispostas em roda, mesas para o coffee break. Assim, os estudantes ficaram responsáveis por alguma função em cada encontro com os pais, previamente estabelecido com quatro dias mais dois encontros de reunião geral somente com os estudantes.

Os encontros foram organizados para iniciarem às 9 horas aos sábados, quinzenalmente, sendo a primeira meia hora destinado à organização da sala e alinhamento das atividades a serem realizadas. Às 9h30, como início do encontro com os pais, até 11 horas e desse horário até 12 horas conversa somente com os alunos para compartilhamento da experiência. Os encontros foram estruturados com abertura, dinâmicas de interação, compartilhamento de conteúdos e ações de promoção da saúde,

visando fomentar um espaço de escuta qualificada e empatia entre estudantes e participantes.

Após o encerramento, era realizado o compartilhamento entre o grupo de estudantes e coordenadoras do projeto, as percepções, compreensões e reflexões sobre o impacto do diagnóstico de autismo de um membro familiar na família como um todo, sendo proposto como um momento de aprendizagem. As coordenadoras fizeram reflexões sobre as condutas dos profissionais quanto ao acolhimento às famílias, o saber dialogar e ouvir.

Em relação à análise dos dados descritos, serão dialogados com obras científicas que embasam as informações, com reflexão crítica e interpretativa (Minayo, 2014). E quanto às questões éticas, trata-se de um relato de experiência pedagógica em projeto de extensão. Não houve coleta de dados de participantes externos para fins de pesquisa, portanto não se aplicou a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução CNS 466/12. As informações referentes às famílias aparecem apenas como contexto das atividades e foram tratadas de forma coletiva e não identificável.

Resultados

O projeto contemplou o total de 20 estudantes universitários no início de sua execução, sendo todos do curso de graduação em psicologia. O primeiro encontro foi feito remotamente, sendo feito o acolhimento dos estudantes, a explicação da finalidade do projeto de extensão, das responsabilidades, cronograma e definição das funções de cada estudante. Todos os estudantes e coordenadoras participaram da divulgação do projeto para que pudesse atingir o maior número possível de pais de pessoas com desenvolvimento atípico.

Foi criado um grupo no aplicativo *WhatsApp* com a finalidade de comunicação e organização entre os estudantes e coordenadoras, e outro grupo no qual estavam os participantes, estudantes e coordenadoras. Ao longo das duas semanas de intervalo, todos ficaram responsáveis pela divulgação do projeto para que os pais e responsáveis se inscrevessem via *Google Forms*.

No segundo encontro, foi o primeiro contato com os pais e responsáveis, participando somente uma mãe e uma irmã de uma pessoa

com TEA. Os estudantes cumpriram com parte de suas funções, ao compartilharem, após a conversa com as participantes, que não haviam conversado entre si para alinhar o planejamento de atuação de cada função. Alguns estudantes compartilharam que não conseguiram fazer o que tinham planejado (aplicação de dinâmica), devido não terem conversado entre si. Comentaram o quanto estavam sendo individualistas sem pensar no grupo.

No terceiro encontro, a mãe e a irmã participaram novamente, e os alunos relataram que conseguiram conversar melhor entre si para que o planejamento ocorresse e todas as funções pudessem aparecer, como as ações de promoção da saúde, algum conteúdo de notícia ou informação que contribuísse para uma melhor compreensão sobre o autismo e as dinâmicas, por exemplo.

No quarto, participaram apenas a irmã de uma pessoa com TEA, além dos estudantes universitários. Nesse encontro, levantou-se uma questão dos estudantes: o que é acolher? Uma das coordenadoras do projeto promoveu uma discussão inicial sobre o que os estudantes compreendiam ser o acolhimento, e o que eles, na condição de estudantes, poderiam oferecer para os pais e responsáveis.

Os estudantes compartilharam suas compreensões e percepções sobre o tema que surgiu, e foi proposto uma dinâmica improvisada, da qual eles deveriam se levantar e formar um círculo, no qual foi colocado um objeto ao centro - um guarda-chuva fechado - e eles deveriam começar caminhar para várias direções, e ao passar por cima do guarda-chuva, deveriam dizer em voz alta uma palavra que viesse à mente de cada um, relacionado ao acolhimento.

Após diversas palavras ditas, foi proposto que escolhessem algum colega do grupo que não conheciam muito bem para realizar uma dinâmica de acolhimento, a qual deveriam manter um contato olho no olho, com o colega por alguns instantes, e por meio do olhar, sem dizer nada, deveriam demonstrar o acolhimento. Em seguida, poderiam fazer uma expressão facial, e por fim uma expressão corporal que tivesse o mesmo intuito de acolhimento.

O quinto encontro foi o encerramento com os participantes, no qual participaram apenas um casal de avós de uma criança autista e a irmã que participou dos encontros anteriores. Os alunos organizaram o encontro na seguinte ordem: abertura pelos condutores do encontro, dinâmica,

apresentação de conteúdo (no caso, as alunas com esta função compartilharam filmes e séries que tinham algum personagem com autismo ou o assunto estava relacionado ao TEA), ações de promoção da saúde (neste encontro, foi a organização de uma confraternização com um *coffee break*) e encerramento com os participantes.

No sexto encontro, no qual somente os estudantes participaram, foi realizada uma roda de conversa visando o compartilhamento de suas percepções, sensações e pensamentos sobre a experiência em suas funções e dos encontros. Alguns comentaram sobre a compreensão de implicações que o diagnóstico do TEA impacta na família que antes não imaginavam que existia. Além disso, a importância do maior preparo profissional. Ao longo dos encontros, parte dos alunos deixaram de comparecer, não sinalizando os motivos, permanecendo uma média de 10 estudantes, aproximadamente.

Discussão

Este relato de experiência destaca a importância do desenvolvimento de habilidades de ações acolhedoras em estudantes de psicologia em formação, enfatizando a empatia e reconhecimento de condutas a serem aperfeiçoadas. As competências mobilizadas pelos estudantes ao longo do projeto — como escuta qualificada, empatia, trabalho colaborativo e compreensão das vulnerabilidades sociais — correspondem às diretrizes estabelecidas para a formação em Psicologia no Brasil.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 2019) destacam que a formação do psicólogo deve articular conhecimentos técnicos e científicos com o compromisso ético e social, preparando o futuro profissional para atuar em contextos diversos e com populações em situação de vulnerabilidade. Da mesma forma, os referenciais técnicos do Conselho Federal de Psicologia orientam para práticas que promovam o cuidado, o vínculo e o reconhecimento da diversidade humana. Embora a experiência extensionista tenha promovido a inserção prática dos estudantes em contextos comunitários reais, observa-se que essa inserção não ocorreu de forma linear, sendo marcada por dificuldades iniciais de organização e trabalho coletivo, o que evidencia lacunas na formação prévia dos estudantes no que se refere à atuação em contextos grupais e comunitários.

Em relação à esse contexto de formação, embora alguns estudantes participantes tenham realizado a disciplina de Processos Grupais, ainda não tinham experienciado a vivência de intervenções grupais, que normalmente realizam no estágio em Psicologia Comunitária e Institucional nos anos finais de formação, nesta instituição. A dificuldade inicial de articulação entre os estudantes, evidenciada pela ausência de planejamento coletivo no segundo encontro, pode mostrar que as competências como trabalho em equipe e comunicação ainda são pouco desenvolvidas ao longo da formação acadêmica, ainda mais nos anos iniciais, apesar de sua centralidade nas práticas em saúde.

Nessa direção, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Psicologia reforçam que a formação profissional deve ultrapassar a dimensão exclusivamente técnica, contemplando o desenvolvimento de competências éticas, críticas e sociais, fundamentais para a atuação em contextos reais e diversos. A vivência em projetos de extensão, como a relatada neste capítulo, possibilita que esses aspectos sejam experimentados de forma concreta, permitindo ao estudante não apenas compreender, mas vivenciar o compromisso social da Psicologia em sua prática (Brasil, 2019). Nesse sentido, a extensão universitária assume papel fundamental, sendo reconhecida como componente indissociável do ensino e da pesquisa (Brasil, 2018).

Um estudo recente evidenciou que intervenções voltadas ao apoio familiar, especialmente aquelas que promovem espaços de escuta, acolhimento e troca de experiências, contribuem significativamente para a promoção da saúde mental de cuidadores de pessoas com TEA, além de fortalecer estratégias de enfrentamento diante das demandas do cuidado (Souza et al., 2024).

Isso pode ser observado no presente relato, no qual, ao longo dos encontros, os participantes passaram a demonstrar maior envolvimento, conforto e espontaneidade nas interações. Aos poucos, o espaço construído favoreceu a expressão de sentimentos e experiências, sendo possível perceber manifestações de entusiasmo e satisfação pela escuta recebida. Esse movimento também se estendeu para além dos encontros, evidenciado por mensagens posteriores enviadas pelos participantes, nas quais expressavam interesse na continuidade das atividades. Além disso, comentários de familiares, como avós que sugeriram a participação de outros membros da família como filhos, genros e noras, indicam não apenas

a valorização do espaço, mas também seu potencial enquanto lugar de acolhimento ampliado e construção de uma rede de apoio.

Percebeu-se ao longo dos encontros a importância de oportunizar situações nas quais os estudantes possam desenvolver habilidades sociais e de comunicação, principalmente no que se refere a habilidades de acolhimento. Essas experiências podem ser compreendidas à luz da teoria da aprendizagem experiencial de David Kolb. Para ele, a aprendizagem é vista em um ciclo de quatro modalidades, sendo: aprendizado concreto, aprendizado reflexivo/observacional, aprendizado abstrato/teórico e aprendizado ativo/experiencial (Pimentel, 2007).

Aprofundando nessa perspectiva, compreende-se que a aprendizagem experiencial não se limita à vivência prática em si, mas envolve um processo contínuo de ressignificação das experiências, no qual o sujeito atribui sentidos ao que foi vivido a partir da reflexão e da interação com o outro. Nesse contexto, o projeto de extensão se configura como um espaço privilegiado para esse movimento, pois coloca o estudante diante de situações reais, imprevisíveis e emocionalmente mobilizadoras, exigindo não apenas a aplicação de conhecimentos teóricos, mas também a construção de uma postura sensível, ética e reflexiva.

A experiência também parece ter provocado um deslocamento na posição dos estudantes, que passaram de um lugar inicialmente mais técnico e centrado em tarefas para uma postura mais sensível às dimensões emocionais e relacionais do cuidado, sugerindo um processo de construção do papel profissional. Assim, mais do que aprender técnicas, os estudantes passam a desenvolver uma compreensão ampliada do cuidado, maior sensibilidade e empatia, reconhecendo a complexidade das demandas humanas envolvidas.

Além disso, a experiência evidencia que o aprendizado não ocorre de forma linear, mas por meio de avanços, desafios, dificuldades e reconstruções ao longo do processo, o que reforça a importância de espaços formativos que acolham também os medos e inseguranças, bem como os limites dos estudantes como parte legítima do desenvolvimento profissional. No contexto do Projeto de Extensão “Acolher”, os estudantes vivenciaram a experiência concreta (aprendizado concreto) ao atuarem diretamente nos encontros com familiares de pessoas com TEA. Posteriormente, em momentos de escuta coletiva e rodas de conversa, os

alunos se envolveram em observações e discussões reflexivas, explorando suas percepções e dificuldades mediante à prática do acolhimento.

Essas reflexões foram gradativamente integradas a conhecimentos teóricos explicitados no primeiro encontro, representando a fase do aprendizado abstrato, no qual começaram a reconhecer a importância das habilidades de comunicação empática e escuta ativa. Finalmente, a organização de dinâmicas e intervenções mais elaboradas nos encontros seguintes demonstrou um aprendizado mais ativo, ao reorganizarem as suas funções, discutirem sobre o trabalho em grupo e considerarem dinâmicas mais eficazes de acolhimento e comunicação.

Autores como Maia et al. (2016) destacam ações de acolhimento necessárias por parte de profissionais em relação às necessidades e implicações do diagnóstico à família. Embora os estudantes, durante os encontros, não tenham se deparado com situações que precisavam se utilizar de todas as competências para o acolhimento efetivo, o reconhecimento da necessidade de acolher foi expresso no encontro 4. Proposto a atividade sobre capacidades de acolhimento, percebeu-se que os estudantes refletiram sobre as condutas que precisam desenvolver para situações de acolhimento.

Isto é visto nos estudos de Romanini, Guareschi e Roso (2017) que destacam que as práticas de acolhimento envolvem a afetividade, sentimentos, escuta, empatia dentre outras ações. No penúltimo encontro que a temática de acolhimento surgiu como um questionamento do grupo de estudantes, não foi possível propor na atividade um aprofundamento de cada conduta de acolhimento, mas uma reflexão sobre o que eles - estudantes - faziam para acolher.

O questionamento emergente no grupo — “o que é acolher?” — demonstra que, embora o acolhimento seja amplamente preconizado nas políticas públicas e na formação em saúde, sua operacionalização na prática ainda se apresenta como um desafio, especialmente para estudantes em início de formação na psicologia. Mesmo que a proposta realizada não tenha englobado estas ações de acolhimento encontradas na literatura de forma estruturada nos encontros, destaca-se a importância de que os projetos de extensão com foco em acolhimento, evidenciem as competências a serem desenvolvidas ao longo dos encontros, de maneira que os estudantes possam compreender concretamente quais condutas precisam desenvolver e aperfeiçoar.

Em relação às dificuldades encontradas, uma das limitações foi a baixa adesão dos participantes nos encontros, devido às limitações quanto a com quem deixar os filhos para irem até o local. A baixa adesão dos participantes, associada à dificuldade de acesso ao projeto devido à necessidade de cuidado com os filhos, evidencia que as barreiras ao cuidado não são apenas individuais, mas estruturais, relacionadas à ausência de políticas públicas de suporte às famílias de pessoas com TEA. Tal percepção foi considerada pelas coordenadoras como uma limitação operacional do projeto. Diante disso, decidiu-se que, caso surgisse a necessidade em encontros futuros, seria disponibilizada uma sala extra para que as crianças/adolescentes ficassem sendo uma outra proposta dentro da extensão, sob supervisão de uma professora, apenas como apoio logístico e técnico para orientar e ensinar os estudantes participantes quanto ao cuidado e manejo ético e empático de comportamentos, por exemplo.

No último encontro, quando os estudantes comentaram compreensões que tiveram a respeito das implicações do diagnóstico e impactos na família, que antes não pensavam a respeito, pode-se associar, o que Pimentel (2007) retrata, a aprendizagem experiencial, a qual propõe a potencialização de reflexões após as experiências em situações reais. A roda de conversa realizada neste encontro, se caracterizou como uma aprendizagem observacional reflexiva, destacada na teoria da aprendizagem experiencial Kolb.

Os aspectos que potencializaram o projeto, foi o engajamento dos estudantes que assumiram posturas que contribuiriam para o projeto, como uma estudante que decidiu imprimir panfletos com as informações dos projetos e dos encontros e distribuir em clínicas com o enfoque de avaliação e tratamento de autismo, nas quais as famílias poderiam ser alcançadas. Isso corrobora as afirmações de Santana et al. (2021) que destacam que os PE's oportunizam compreensões e redefinições conceituais, condutas humanizadas além de contribuir para o desenvolvimento pessoal dos estudantes.

Além disso, as dinâmicas propostas pelos estudantes permitiram que tivessem a oportunidade de se desenvolverem e ofertarem tempo de escuta e acolhimento aos participantes presentes. Esses momentos evidenciam o papel dos PE's na escuta ativa e na criação de espaços acolhedores que facilitam a expressão de sentimentos e experiências dos

participantes, bem como proporcionam reflexão a partir de atividades práticas nos projetos.

Considerações Finais

O relato aqui apresentado evidencia o potencial formativo dos projetos de extensão na formação em Psicologia, especialmente quando estruturados em torno de temáticas socialmente sensíveis, como o acolhimento a familiares de pessoas com TEA. Ao vivenciarem situações reais de escuta, organização e interação com os participantes, os estudantes foram desafiados a refletir criticamente sobre suas posturas, limitações e responsabilidades éticas no cuidado ao outro.

Embora marcado por limitações operacionais — como a baixa adesão de participantes e a necessidade de ajustes na organização interna —, o projeto “Acolher” revelou-se um dispositivo potente para a mobilização de competências socioemocionais fundamentais à prática profissional em saúde. A aprendizagem experiencial, mediada por momentos de reflexão coletiva e referenciada teoricamente, proporcionou um percurso formativo que vai além da técnica, contribuindo para a construção de uma postura empática, crítica e comprometida socialmente.

Recomenda-se, portanto, que instituições de ensino superior ampliem e sistematizem iniciativas de extensão que integrem os pilares do ensino, da pesquisa e da prática comunitária, contribuindo para a formação de profissionais capazes de atuar de forma ética e responsiva às demandas de grupos historicamente negligenciados. Estudos futuros poderão aprofundar a avaliação dos impactos dessas experiências, tanto no desenvolvimento dos estudantes quanto nas transformações provocadas nas comunidades atendidas.

Para além dos aspectos técnicos e operacionais, a experiência relatada permite uma reflexão sobre a dimensão humana envolvida na formação de psicólogos. O contato com as vivências das famílias, suas fragilidades, desafios e estratégias de enfrentamento, possibilitou aos estudantes um deslocamento do lugar exclusivamente teórico para uma compreensão mais humana e sensível, contextualizada da realidade. Esse movimento contribui para a construção de uma prática acadêmica funcional, que proporciona maior aprendizado e uma formação profissional mais ética, empática e comprometida com as demandas sociais.

Nesse sentido, destaca-se que experiências extensionistas como a apresentada, não apenas complementam a formação acadêmica, mas também, a transformam ao possibilitar a articulação entre conhecimento científico e realidade social prática. Ao vivenciar situações concretas e reais, os estudantes são convidados a refletir sobre suas próprias posturas, valores e limites, desenvolvendo não apenas competências técnicas, mas também habilidades relacionais que são fundamentais para a atuação profissional em saúde, principalmente, em saúde mental e emocional.

Ainda que o foco do projeto tenha se voltado à formação dos estudantes, é importante destacar os efeitos analisados junto aos participantes, que demonstraram não apenas engajamento, mas também a construção de um espaço de pertencimento e troca. A possibilidade de compartilhar vivências, aprendizados, desafios e estratégias de cuidado favoreceu a percepção de não estarem sozinhos em suas experiências, o que pode contribuir para o fortalecimento emocional e para a ampliação de redes informais de apoio.

Ressalta-se ainda, que experiências como essa evidenciam a necessidade de se pensar práticas em saúde que vão muito além de intervenções pontuais, considerando a continuidade da atenção e do cuidado associado à construção de vínculos ao longo do tempo. O acolhimento de familiares de pessoas com TEA demanda não apenas escuta qualificada, mas também a criação de espaços afetivos, empáticos e sustentáveis que possibilitem acompanhamento, trocas afetivas e experienciais, além de suporte contínuo, especialmente diante dos desafios e das demandas permanentes associadas ao transtorno.

Dessa maneira, o projeto relatado não se limita a uma experiência pontual de extensão, mas se configura como um espaço de produção de conhecimento e transformação social, pois articula formação acadêmica, escuta sensível e compromisso com a realidade das famílias atendidas. Tal perspectiva reforça a importância de iniciativas que integrem diferentes dimensões da atuação psicológica, contribuindo para uma prática mais contextualizada e socialmente implicada.

A construção do vínculo estabelecido ao longo dos encontros é outro aspecto relevante que merece atenção, pois trata-se de um elemento fundamental para o desenvolvimento de práticas em saúde pautadas no cuidado. A escuta qualificada e o acolhimento das experiências dos participantes favoreceram a criação de um ambiente de confiança e

segurança, no qual foi possível compartilhar vulnerabilidades emocionais e vivências frequentemente marcadas por sobrecarga e, por vezes, invisibilidade social. Tal processo evidencia que intervenções simples, quando sustentadas por uma postura ética e sensível, podem produzir efeitos significativos no modo como os sujeitos elaboram suas experiências.

Ademais, a experiência relatada também incita reflexões acerca da necessidade de ampliação de políticas e práticas institucionais voltadas ao suporte de familiares de pessoas com TEA. A presença ainda limitada de espaços estruturados de acolhimento a familiares e cuidadores, reforça a importância de iniciativas que articulem universidade e comunidade, contribuindo para a construção de respostas mais efetivas às demandas sociais. Nesse cenário, o papel do psicólogo se amplia, exigindo uma atuação que vá além do setting tradicional, incorporando perspectivas comunitárias e interdisciplinares no cuidado.

Por fim, ressalta-se a importância de iniciativas que ampliem o acesso das famílias a espaços de acolhimento e escuta, considerando as barreiras ainda existentes para a participação desse público. A multiplicação, continuidade e o aprimoramento de projetos dessa natureza podem contribuir para o fortalecimento das redes de apoio das famílias que demandam esse cuidado, e também, para a formação de profissionais mais preparados para atuar em contextos reais, complexos e diversos. Assim, reafirma-se o papel da extensão universitária como um dispositivo potente de transformação social e de qualificação profissional da prática psicológica.

Referências

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- Brasil. Ministério da Educação. (2018). Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=105102-rces007-18&Itemid=30192.
- Brasil. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. (2019). Parecer CNE/CES nº 1.071/2019, de 12 de dezembro de 2019: Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação

em Psicologia. Ministério da Educação. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=139201-pces1071-19&category_slug=dezembro-2019-pdf&Itemid=30192.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Política Nacional de Humanização: Acolhimento como diretriz do SUS. Ministério da Saúde. <https://www.saude.gov.br/bvs>.
- Canon, C. A., & Pelegrinelli, G. (2019). Extensão universitária: o impacto de um projeto de extensão na formação profissional dos discentes na educação superior. *Revista UFG*, 19, 1–15. <https://doi.org/10.5216/revufg.v19.59799>.
- Costa, P. H. A. (2023). A extensão (ou comunicação) em Psicologia como instrumento para um projeto de Psicologia Popular. *Revista Participação - Extensão UnB*, 40, 22–35. <https://doi.org/10.26512/2238-6963202351233>.
- Falcão, T. F., Silva, A. R., & Rocha, W. S. (2023). Apoio psicossocial às famílias com filhos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). *Revista Contemporânea*, 3(11), 20569–20589. <https://doi.org/10.56083/RCV3N11-038>.
- Farias, J. V. A., Santos, K. A. S., Silva, M. M., Mendes, N. T., Lima, R. M. S., Silva, T. L., Reis, M. C. S., & Ribeiro, M. C. (2023). Childhood Autistic Spectrum Disorder and family challenges: an integrative literature review. *Diversitas Journal*, 8(1), 445–452. <https://doi.org/10.5902/2447115166013>.
- Faro, K. C. A., Santos, R. B., Bosa, C. A., Wagner, A., & Silva, S. S. C. (2019). Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. *Psico*, 50(2), e30080. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.2.30080>.
- Fernandes, C. S., Tomazelli, J., & Girianelli, V. R. (2020). Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. *Psicologia USP*, 31, e200027. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200027>.
- García, C. M. O., Martínez, Z. L. V., & Portelles, N. G. (2024). Organización temporal de la vida en madres de niños con trastorno

- del espectro autista. *Revista Informação Científica*, 103, e4661. <https://doi.org/10.5281/zenodo.11582860>.
- Maia, F. A., Almeida, M. T. C., De Oliveira, L. M. M., De Oliveira, S. L. N., De Araújo Saiger, V. S., Duarte de Oliveira, V. S., & Silveira, M. F. (2016). Importância do acolhimento de pais que tiveram diagnóstico do transtorno do espectro do autismo de um filho. *Caderno Saúde Coletiva*, 24(2), 228–234. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020282>.
- Mapelli, L. D., Barbieri, M. C., Castro, G. V. D. Z. B., Bonelli, M. A., Wernet, M., & Dupas, G. (2018). A família cuidadora da criança autista. *Escola Anna Nery*, 22(4), e20180116. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0116>.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). Hucitec.
- Mussi, R. F. F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista Práxis Educacional*, 17(48), 60–77. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>.
- Partyka, J. M., Garcia, E. M., Bolsoni, L. L. M., & Baldez da Silva, M. F. P. T. (2021). A inserção de crianças com transtorno do espectro autista (TEA) no contexto escolar, familiar e social. *Experiência – Revista Científica de Extensão*, 7(1), 23–43. <https://doi.org/10.5902/2447115166013>.
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 159–168. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000200008>.
- Pinto, R. N. M., Torquato, I. M. B., Collet, N., Reichert, A. P. S., Souza Neto, V. L., & Saraiva, A. M. (2016). Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3), e61572. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61572>.
- Santana, M. R., Santana, M. A., Costa Neto, J. A., & Oliveira, L. C. (2021). Extensão universitária como prática educativa na promoção da

saúde. *Educação & Realidade*, 46(2), e98702.
<https://doi.org/10.1590/2175-623698702>.

Santos, J. H. S., Rocha, B. F., & Passaglio, K. T. (2016). Extensão universitária e formação no ensino superior. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, 7(1), 23–28.
<https://doi.org/10.36661/2358-0399.2016v7i1.3087>.

Souza, J. P. P., Silva, E. W. C., & Silva, S. S. C. E. (2024). Estratégias de apoio familiar e promoção da saúde mental para mães de crianças com transtorno do espectro autista em contextos de vulnerabilidade social: um relato de experiência no Pará. *UFF & Sociedade*, 4(4), 1–12. e040416. Disponível em:
<https://periodicos.uff.br/uffsociedade/article/view/62611>.

Sturmer, G., Corrêa, I. D., & Miranda, R. L. (2025). A Saúde Mental de Familiares de Pessoas com TEA: Uma Análise Bibliométrica (2001-2023). *Revista Psicologia E Saúde*, 16(2), e16451929.
<https://doi.org/10.20435/pssa.v16i1.2374>.

Eixo III -
**Psicologia, Políticas Públicas e
Marcadores Sociais**

Entrada e atuação da Psicologia no SUAS/CRAS: uma análise a partir dos documentos e parâmetros

Jacqueline Montilha Leonardi

Jessica Pedrosa Mandelli

Rafael Bianchi Silva

Introdução

A política de Assistência Social constitui, na atualidade, um dos maiores campos de inserção profissional para os(as) psicólogos(as) no Brasil. Desde a consolidação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a presença desses profissionais nas equipes de referência tem se ampliado de modo expressivo, revelando o reconhecimento da dimensão subjetiva e relacional nas expressões da questão social. Esse número cresce exponencialmente. Em 2015, conforme Cordeiro e Curado (2017), já éramos mais de 23 mil psicólogas atuando na Política Nacional de Assistência Social (PNAS). De acordo com os dados coletados por meio do Censo SUAS 2022, esse número aumentou para aproximadamente 32 mil profissionais de Psicologia atuando no SUAS em todo o país no referido ano (Conselho Federal de Psicologia/Comissão Nacional de Psicologia na Assistência Social, 2024).

Entretanto, essa expansão não se dá sem desafios. A complexidade das demandas, a pluralidade de contextos e a necessidade de articular o fazer psicológico aos princípios e objetivos da política pública exigem constante reflexão sobre o papel social da profissão. Nesse cenário, torna-se imprescindível discutir sobre as práticas que a Psicologia vem assumindo na Assistência Social, campo ainda marcado por conflitos, incertezas e disputas de espaços e lugares.

Conforme aponta Cordeiro (2025), muitos profissionais relatam desafios, conflitos e contradições que acompanham a inserção da Psicologia na política de Assistência Social. Artigos abordam que

muitos(as) psicólogos(as) ainda expressam incertezas quanto ao seu papel nesse campo (Zanella, Bousfield & Moreira, 2015), reconhecem que a formação acadêmica não os(as) prepara adequadamente para atuar nessa política pública (Cordeiro & Curado, 2017) e relatam sentimento de impotência diante dos limites e das condições concretas de sua prática (Dantas & Oliveira, 2015).

Tais desafios convocam a categoria a um exercício permanente de crítica e reconstrução, de modo a alinhar sua atuação aos fundamentos ético-políticos da profissão e aos princípios da PNAS, reafirmando o compromisso com a defesa de direitos, a promoção da cidadania e a superação das desigualdades sociais.

Este trabalho se propõe a analisar a inserção da Psicologia na política de Assistência Social brasileira, articulando sua trajetória histórica às diretrizes normativas, práticas profissionais e instrumentos técnico-metodológicos recomendados para o Trabalho Social com Famílias (TSF). Com isso, pretende-se construir um panorama que abrange desde as primeiras experiências de atuação profissional nesse campo, ainda antes da institucionalização do SUAS, até o momento atual, em que psicólogas e psicólogos compõem as equipes de referência dos serviços socioassistenciais, conforme estabelecido pelas normativas vigentes.

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter documental e bibliográfico, fundamentado nos marcos normativos do SUAS e nos referenciais técnicos publicados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP)/Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas, complementado por literatura crítica da Psicologia Social e das políticas públicas. O material foi analisado à luz das diretrizes da PNAS e da perspectiva ético-política da Psicologia comprometida com a garantia de direitos e o fortalecimento da cidadania.

A partir da análise de documentos oficiais do Governo Federal e do CFP, formulados como parâmetros para o trabalho na referida política pública, bem como de produções acadêmicas e marcos legais da área, buscou-se compreender como a presença da Psicologia nesse campo se constituiu historicamente e como vem se configurando na atualidade. Dessa forma, o capítulo propõe uma leitura que articula trajetória histórica, diretrizes normativas, práticas profissionais e instrumentos técnico-metodológicos que sustentam o trabalho da categoria no âmbito

do SUAS, sobretudo no TSF e no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF).

Para tanto, como ponto de partida apresentamos a trajetória histórica da Psicologia na Assistência Social (pré-SUAS e SUAS), além dos marcos normativos e diretrizes, para, em seguida discutir a atuação da Psicologia no SUAS/CRAS (práticas, desafios e implicações ético-políticas), além das práticas e intervenções da Psicologia no PAIF (dimensões ético-políticas e metodológicas do TSF).

Trajетória Histórica Da Psicologia Na Assistência Social (Pré-Suas E Suas), Marcos Normativos E Diretrizes

De início, cabe mencionar que a entrada e atuação da Psicologia no campo da Assistência Social no Brasil não é algo recente, visto que já existia uma Psicologia na Assistência Social antes da implementação do SUAS. Se retomarmos o trabalho no contexto social, ainda que a atuação do(a) psicólogo(a) tenha ganhado lugar de destaque apenas após a criação do SUAS, a atuação da categoria na Assistência Social antecede a implantação da política, porém não há registros consistentes acerca de sua trajetória, o que dificulta identificar um marco de entrada do profissional neste campo (Coimbra, 2003). Sabemos que a atuação já vinha ocorrendo muito antes da inserção profissional ser normatizada com o SUAS, com os profissionais trabalhando, por exemplo, em comunidades, instituições de acolhimento, serviços voltados a pessoas com deficiência, entre outros.

Cordeiro (2025) observa que não há um evento isolado, uma figura específica ou uma Lei que delimite com precisão a entrada de psicólogas e psicólogos no campo da Assistência Social. Esse processo ocorreu de forma gradual, resultado de uma série de acontecimentos, disputas, interesses e debates que se entrelaçaram ao longo do tempo. Entre esses fatores, destaca-se o fortalecimento de movimentos internos à profissão que passaram a questionar seu caráter elitista e excludente, bem como o uso dos saberes psicológicos para a adaptação dos sujeitos e a manutenção de práticas alinhadas a governos autoritários e opressores.

Ao retomar às origens da profissão de Psicologia no contexto brasileiro, em 1960, já se encontrava consolidada a subárea de Psicologia Social, que era uma disciplina ligada à Psicologia. Com a regulamentação da profissão de psicólogo e do curso de Psicologia em 1962 (Lei 4.119 de

27/08/1962), a disciplina de Psicologia Social já constava no Currículo Mínimo como obrigatória na formação em Psicologia no Brasil (Bomfim, 2003; Jacó-Vilela, 2007). Nessa época foi iniciada a utilização de teorias e métodos da Psicologia em trabalhos feitos em comunidades de baixa renda, visando a busca de melhoria das condições de vida da população, formalizando o que é denominada de “Psicologia comunitária” ou “Psicologia na comunidade” (Freitas, 1994). Com tais ações, esperava-se colocar a Psicologia a serviço da população e o compromisso em colaborar para que as pessoas se organizassem e reivindicassem por suas necessidades básicas e melhorias nas condições de vida, além de descaracterizar a Psicologia como uma profissão elitista. Nesse tempo, havia poucos psicólogos dispostos e envolvidos com tais práticas visto que eram caracterizadas na maioria das vezes por trabalho voluntário, o que fazia com que a atuação acontecesse muito mais por convicção política do que pelo reconhecimento como campo profissional (Freitas, 2002).

Ainda que fosse possível observar tal movimento, durante esse primeiro momento, a Psicologia esteve praticamente restrita às clínicas particulares, sendo voltada apenas para aqueles que podiam pagar, ficando inacessível para a maior parte da população. Esse elitismo que marcou durante muitos anos a profissão, tem sido alterado pela expansão dos serviços de Psicologia para as camadas mais amplas da população, por meio da expansão do mercado de trabalho do(a) psicólogo(a) com a inserção nas políticas públicas, o que fez com que as contribuições da Psicologia comesçassem a chegar as pessoas que não tinham acesso a esse tipo de atendimento. A partir da década de 1970, os(as) psicólogos(as) começaram a conquistar novos espaços, saindo dos consultórios, das empresas, das escolas e indo para os bairros populares, para as favelas, associações de bairros e os trabalhos tinham um envolvimento e participação política junto a movimentos populares (Freitas, 2002).

Ao longo dessa mesma década, foi sendo gestada a chamada “crise da psicologia social” brasileira, na qual foram realizadas críticas aos modelos importados e distantes da realidade brasileira (como, por exemplo, a Psicologia social cognitivo-experimental estadunidense, hegemônica na América Latina na época). Como resposta a essa crise, para além de uma ampliação dos campos de atuação, novas perspectivas foram construídas (como Psicologia Sócio-Histórica, a Teoria das Representações Sociais, a Análise Institucional, entre outras) de modo a

responder às demandas sociais observadas no cotidiano do trabalho junto a esse público ampliado.

Além disso, nesse mesmo período, em julho 1980, ocorreu a fundação da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) na Universidade do Estado do Rio de Janeiro durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Foi um marco importante para a Psicologia Social no Brasil sendo que atualmente a associação é composta por profissionais e estudantes que contribuem para o desenvolvimento da Psicologia Social no Brasil. Outro marco significativo foi a criação da revista *Psicologia & Sociedade*, criada em 1986, veículo de divulgação científica da ABRAPSO que tem por objetivo publicar artigos sobre temáticas que privilegiem pesquisas e discussões na interface entre a Psicologia e a sociedade, tendo em vista o desenvolvimento da Psicologia Social numa postura crítica, transformadora e interdisciplinar.

A partir do final da década de 1980, com a implementação da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, a Psicologia começou a fazer-se presente com mais frequência em instituições e serviços vinculados às políticas públicas nascentes, se inserindo em postos de saúde, secretaria do bem-estar social, órgãos ligados a família e menores (Freitas, 2002). Cordeiro (2025) sinaliza que além das disputas de ordem político-profissional, a crise econômica vivida pelo Brasil na década de 1990 e as subsequentes reconfigurações do mercado de trabalho deslocaram milhares de psicólogos(os) para o campo do bem-estar social. Enquanto a recessão sinalizava a possível falência do modelo de atuação autônoma, ampliavam-se as oportunidades de inserção em políticas e serviços públicos.

Sobre essa questão, Yamamoto (2003) relaciona a mudança no campo de atuação profissional a três fatores: a falência do modelo de profissional autônomo ligada ao estreitamento da demanda desse tipo de serviço, consequência da crise econômica no país; abertura do campo de atuação profissional com grandes conquistas no plano do bem-estar social e as discussões no plano teórico-metodológico que indicaram uma redefinição para a Psicologia.

No que interessa para a discussão proposta, foi após a formulação da PNAS em 2004 e a implantação do SUAS que a Psicologia conquistou maior espaço no campo da política social, com um aumento significativo

do número de psicólogos(as) atuando na Assistência Social. Em 2011, com a aprovação da Resolução nº 17 de 20/06/2011 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), foi ratificada a composição das equipes de referência da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS), a partir da qual a Psicologia passou a compor os serviços socioassistenciais em todos os níveis de complexidade, abrindo caminhos para participação dos psicólogos na composição das equipes dos serviços socioassistenciais previstos pela PNAS, sendo consolidada sua participação no corpo técnico das equipes de referência estando inserido formalmente na política pública de Assistência Social no Brasil.

A presença do técnico de Psicologia formando a equipe técnica responsável pelos atendimentos junto aos serviços socioassistenciais, já se encontrava regulamentada na NOB- RH/SUAS, que em 2006 previa a formação de equipes multiprofissionais compostas, preferencialmente, por assistentes sociais e psicólogos(as). A revisão realizada em 2011, promoveu significativa mudança para a Psicologia, de modo a formalizá-la enquanto integrante das equipes de referência dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), com definição das equipes de referência serem compostas obrigatoriamente por assistentes sociais e psicólogos(as), podendo integrar outros profissionais dependendo das especificidades dos territórios atendidos. Segundo Nery (2018), as normativas - NOB- RH/SUAS 2006 e 2011- relativas à presença dos(as) psicólogos(as) nas equipes de referência nos serviços socioassistenciais pode ser considerada um divisor de águas de uma maior inserção ao aporte de novos saberes e práticas profissionais para área e a participação nos espaços de deliberação e construção coletiva do SUAS.

Dessa forma, nota-se que o trabalho social desenvolvido por equipes de referência multiprofissionais representa uma das principais estratégias para que a política de Assistência Social possa alcançar os objetivos que se propõe. Isso porque a atuação articulada desses profissionais possibilita prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e especial aos(as) cidadãos(ãs) que deles necessitam, bem como contribuir para a inclusão e a equidade dos mesmos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais em diferentes territórios. Além disso, o trabalho multiprofissional reforça o objetivo de assegurar que as ações socioassistenciais tenham centralidade

na família e promovam a convivência familiar e comunitária (Florentino & Melo, 2017).

Assim, os profissionais da Psicologia foram convocados para um trabalho multiprofissional com atendimento à população em situação de desproteção o que demanda a produção de novos modos de fazer Psicologia. Nesses espaços de trabalho, se depararam com novos desafios e necessidade de repensar seus saberes e práticas de forma a alinhar-se com as normativas do SUAS e os objetivos da PNAS, buscando a superação das abordagens individualizantes, patologizantes e descontextualizadas. Isso levou a construção de práticas psicológicas que superassem as práticas tradicionais resultantes dos modelos estabelecidos pela Psicologia na sociedade brasileira.

Um exemplo disso é o modelo clínico individualizante, hegemônico na formação dos(as) psicólogos(as) brasileiros(as) e que se encontra na contramão do que prevê a PNAS. Diferentemente disso, o trabalho no âmbito da política de Assistência Social leva ao deslocamento de um trabalho clínico e elitizado para um trabalho que visa o social e o comunitário, evitando pensar as ações de maneira individual, fragmentada e centrada em casos particulares.

Esse movimento de revisão crítica das práticas tradicionais e de construção de novas formas de atuação, desencadeado no próprio momento de inserção da Psicologia no SUAS, não foi pontual, mas sim um processo que se prolonga ao longo dos anos. Trata-se de um esforço permanente de ressignificação e elaboração da prática profissional, que se renova conforme se transformam os desafios impostos pelas realidades territoriais e as demandas dos(as) cidadãos(ãs).

A Atuação da Psicologia no SUAS/CRAS: Práticas, Desafios e Implicações Ético-Políticas

A entrada da Psicologia nesse campo trouxe, além de desafios, novas possibilidades com a ampliação e diversificação das atividades e práticas dos(as) psicólogos(as), novas discussões sobre a direção de trabalho em relação ao público atendido, que em sua maioria são pessoas em situação de pobreza e baixa renda. Dessa forma, a política de Assistência Social se tornou um dos grandes campos de atuação para os(as) psicólogos(as) e desde então, houve uma crescente inserção de

profissionais, com um número elevado de psicólogos(as) atuando em todo o país.

Considerando a realidade do trabalho no SUAS, a complexidade dos fenômenos sociais que representa suscita a necessidade de situar possibilidades de intervenção da Psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 2016). Devido ao alto grau de complexidade de temas como direitos socioassistenciais e vulnerabilidades sociais, a PNAS escolheu o olhar interdisciplinar para melhor compreendê-los, entendendo que nenhuma área, sozinha, consegue analisar e propor ações de combate à pobreza e outras vulnerabilidades e injustiças sociais, fenômenos complexos e multidimensionais. É necessário que um diálogo seja estabelecido entre os campos de conhecimento para que se possa examinar e analisar as questões, em suas diversas faces e situações sociais, onde diversos campos de conhecimento integram saberes e práticas. Busca-se o compartilhamento de métodos, a integração do campo de intervenção e o diálogo entre disciplinas, com o intuito de construir um novo olhar sobre questões relevantes para a análise e a ação (Conselho Federal de Psicologia, 2021).

Dentro dessa perspectiva, a intersetorialidade torna-se algo de extrema importância. Pela complexidade dos casos atendidos, não é possível limitar a atuação de cada uma das políticas públicas, necessitando assim de diferentes saberes para construir modos de ação. Disso resulta as ações intersetoriais. Segundo Inojosa (2001, p.105), a intersetorialidade pode ser definida como “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”, em que são realizadas por exemplo, discussões de casos em rede, planejamentos conjuntos e realização de ações compartilhadas pelas diferentes políticas.

Ainda assim, quando o diálogo entre saberes não se efetiva na prática cotidiana, a Psicologia corre o risco de recair em velhas armadilhas: a culpabilização do sujeito e a despolítica da pobreza, reduzida a um problema individual, e não a uma questão estrutural. Como apontado por Cruz e Guareschi (2013), alguns(mas) psicólogos(as) (associado a ênfase da clínica tradicional, em que o foco está no indivíduo) percebem a pobreza como um atributo individual daqueles que não se esforçaram para superá-la. Com isso, tratam os usuários(as) dos serviços da Assistência Social como pedintes e não como cidadãos(ãs) em busca de um direito.

Em contraposição, deveria entender que “a pobreza não é um atributo individual, e sim uma condição social, econômica e política” (Cordeiro & Curado, 2017, p. 5). Como explica Sawaia (2009):

A pobreza contemporânea tem sido percebida como um fenômeno multidimensional atingindo tanto os clássicos pobres (indigentes, subnutridos, analfabetos...) quanto outros segmentos da população pauperizados pela precária inserção no mercado de trabalho (migrantes discriminados, por exemplo). Não é resultante apenas da ausência de renda; incluem-se aí outros fatores como o precário acesso aos serviços públicos e, especialmente, a ausência de poder. (p.23, grifos nossos)

Assim, quando o Estado se omite na garantia das proteções, inclusive as previstas legalmente ou quando atua por meio de práticas punitivas e culpabilizadoras, transforma-se em agente direto de produção de sofrimento ético-político e violência institucional. Portanto, responsabilizar as famílias por condições estruturais que as ultrapassam, ou operar intervenções que reforcem estigmas, significa deslocar o foco da análise social para as condutas individuais.

Por isso, é importante que os(as) psicólogos(as) estejam atentos(as) para que a prática no âmbito do SUAS não recaia em uma intervenção fiscalizatória ou policialesca que reprime, julga e/ou condena indivíduos e famílias. Segundo a Nota Técnica publicada pelo CFP em 2016, a intervenção deve se pautar em estratégias que possibilitem aos atendidos pensar de forma crítica e como protagonistas de suas próprias histórias. Em conformidade com Silva, Sapateiro e Leonardi (2023):

No cenário atual, apesar de parte dos profissionais já possuírem esse olhar crítico, ainda é possível encontrar aqueles que, em suas atuações, responsabilizam os indivíduos ou a família pelos problemas que enfrentam, desconsiderando outros fatores que possam interferir na condição de sofrimento e desproteções, o que inclui, o contexto social em que estão inseridos e as influências exercidas por ele. (p. 2)

Sendo assim, posturas que estigmatizam, culpabilizam e intimidam as famílias precisam ser afastadas do cotidiano de trabalho, pois o Estado,

enquanto operador das políticas públicas, deveria ser o principal garantidor dos direitos dos cidadãos. Porém, observa-se que muitas vezes é o principal violador de direitos, na medida em que não cumpre as suas responsabilidades e o que previsto no âmbito legal. A partir disso, entendemos que não se deve naturalizar a pobreza e nem responsabilizar ou culpabilizar os(as) cidadãos(ãs) atendidos(as) pela política de Assistência Social, por conta da condição material de existência retirando a responsabilidade do Estado quanto a proteção social a ser realizada.

Desse modo, com base nas demandas da categoria devido à falta de formação profissional, o CFP publicou em 2007 as “Referências Técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS”, em que indicava a atuação do(a) psicólogo(a) com finalidade de fortalecimento das políticas públicas e dos usuários como sujeitos de direitos, além de atuar sobre a dimensão subjetiva dos indivíduos, favorecendo o desenvolvimento da autonomia e cidadania. A atuação do CRAS coloca foco na prevenção e promoção da vida, sendo que o trabalho do(a) psicólogo(a) deveria priorizar as potencialidades dos usuários, com atuação voltada para a valorização dos aspectos saudáveis presentes nos sujeitos, nas famílias e na comunidade. O documento prevê “uma atuação comprometida com a promoção de direitos, de cidadania, da saúde, com a promoção da vida e que leve em conta o contexto no qual vive a população referenciada pelos CRAS” (Conselho Federal de Psicologia, 2007, p. 14).

Nesse momento histórico, o CFP orientava como compromisso ético-político, a implicação com a produção de bem-estar biopsicossocial e o compromisso com a promoção da vida. Tinha como proposta “[...] a partir das nossas intervenções, atravessar o cotidiano de desigualdades e violências a estas populações, visando o enfrentamento e superação das vulnerabilidades, investindo na apropriação, por todos nós, do lugar de protagonista na conquista e afirmação de direitos” (Conselho Federal de Psicologia, 2007, p. 15). Nessa direção, a Psicologia deveria passar a ter o compromisso com a autonomia dos usuários, acreditando no potencial deles para que rompam com o processo de exclusão/marginalização, assistencialismo e tutela. Segundo essa premissa, os(as) psicólogos(as) deveriam “promover e fortalecer vínculos socioafetivos, de forma que as atividades de atendimento gerem progressivamente independência dos benefícios oferecidos e promovam a autonomia na perspectiva da cidadania” (Conselho Federal de Psicologia, 2007, p. 19).

Apesar desses importantes avanços teóricos e normativos que reposicionaram eticamente a atuação da Psicologia no campo das políticas públicas, a prática cotidiana nem sempre acompanha essas diretrizes. O compromisso com a autonomia, com o enfrentamento das desigualdades e com a promoção de direitos, muitas vezes, esbarra em condições institucionais precárias, na reprodução de lógicas burocráticas e na permanência de práticas assistencialistas e tuteladoras. No cotidiano, se observam intervenções que reforçam a responsabilização individual, desconsideram as dimensões estruturais da vulnerabilidade e que operam mais pelo controle do que por uma emancipação dos usuários. Assim, embora o arcabouço ético-político da Psicologia aponte para uma atuação comprometida com a cidadania e com a superação da exclusão, a materialização dessas orientações segue tensionada por contradições estruturais, pela formação profissional precária e pelas condições concretas de trabalho que limitam a sua plena realização.

O trabalho do(a) psicólogo(a) no campo da Assistência Social tem sido alterado com o passar dos anos e no momento as atividades na Proteção Social Básica (PSB) do SUAS se dão principalmente no TSF por meio do PAIF. Porém, na PSB podem atuar também como referência na equipe dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); nos Serviços de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas; em ações emergenciais junto à equipe multiprofissional, por exemplo na concessão dos benefícios eventuais; participar do acompanhamento das famílias beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada, dentre outras atividades. Independentemente do espaço a ser desenvolvida a ação, o mais importante e fundamental é não perder o foco e os objetivos da Psicologia, sempre articulando sua atuação a um plano de trabalho elaborado em conjunto com a equipe interdisciplinar, partindo da demanda da comunidade com projetos viáveis de realização, para que assim auxilie efetivamente na superação das desproteções em que se encontram (Conselho Federal de Psicologia, 2021; Silva & Corgozinho, 2011).

Em um contexto de demandas complexas, os profissionais precisam compreender as necessidades do público atendido pela política e fazer escolhas condizentes, assumindo o caráter preventivo, proativo e protetivo, com uma atuação voltada para uma escuta qualificada das demandas, para o planejamento e articulação de ações para além das medidas emergenciais/compensatórias e particularizadas. Neste âmbito, a

atuação preventiva deve superar a concepção individualizante e segregadora quanto às vulnerabilidades e riscos pessoais e sociais, na perspectiva das garantias de direitos. Assim, atuar preventivamente na proteção social requer serviços planejados e continuados, que se constituam como referência para as famílias e os cidadãos do território de abrangência, propiciando espaços de acolhimento e de convivência de forma a fortalecer vínculos familiares e comunitários (Conselho Federal de Psicologia, 2016).

De maneira geral, as intervenções na PSB voltam-se para a prevenção a situações de risco, objetivando atuar nas situações de desproteções por meio do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e por intermédio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições pessoais e coletivas, ampliando a capacidade protetiva da família e de seus membros, produzindo ações de fortalecimento de laços. Essas intervenções, que podem ser lentas e de difícil realização, agem no modo de vida das pessoas. Dessa forma, é necessário a confiança dos(as) cidadãos(ãs) nas políticas públicas e reconhecimento da capacidade em participar da transformação de seus modos de vida. Afonso (2009) salienta que:

Como trabalhador da área da assistência social, o psicólogo deverá atuar criando condições sociais para o exercício da cidadania (oferta de serviços, construção de rede, respeito aos princípios dos direitos humanos e direitos de cidadania, participação social, protagonismo, entre outros) e, ao mesmo tempo, apoiando e promovendo as condições subjetivas para o seu exercício (circular informação, fortalecer participação e protagonismo, desenvolver potencialidades no contexto social, facilitar os consensos, eleição de objetivos e princípios para a ação individual e coletiva, comunicação, mediação de conflitos, processos decisórios, cooperativos e proativos, entre outros, junto aos indivíduos e grupos, incluindo a família). (p. 18)

Como já dito, as atividades desenvolvidas pelos(as) psicólogos(as) em sua maioria estão relacionados ao TSF por meio do PAIF que é desenvolvido pela equipe multiprofissional do CRAS, da qual o(a) psicólogo(a) faz parte, enfocando famílias e indivíduos em situação de desproteção, residentes nos territórios de referência. O atendimento levará

em conta as necessidades e demandas, podendo ser realizado por meio de ações que visam desde discutir com a família ou indivíduo, o seu dia a dia, até a sua participação e fortalecimento referente a cidadania, passando por ações ligadas ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, além da articulação com outros serviços e ações desenvolvidas no CRAS.

Para tanto, é importante que a equipe multiprofissional do CRAS atue de maneira interdisciplinar, superando as abordagens tecnicistas que dividem as atribuições de cada profissional, definindo as responsabilidades de cada um, pois com base nas competências e atribuições de cada profissão, além das características e potencialidades das pessoas e do território, serão definidas as estratégias e procedimentos para desenvolvimento do trabalho, assim os profissionais deverão ter assegurada sua autonomia no planejamento do trabalho. Segundo as “Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)”, “deve-se buscar identificar papéis, atribuições, de modo a estabelecer objetivamente quem, dentro da equipe interdisciplinar, encarrega-se de determinadas tarefas” (Brasil, 2009, p. 65). Ainda assim, considera-se não ser indicado fragmentar as atribuições de cada técnico junto as famílias. Conforme pontuam Oliveira e Kahhale (2020):

O psicólogo deve atuar de modo interdisciplinar; integrado com o contexto local; identificando os recursos psicossociais, tanto individuais como coletivos; partindo do diálogo entre saber popular e saber científico; favorecendo os espaços de participação social. O profissional deve manter-se em processo de formação profissional; priorizar os atendimentos de maior vulnerabilidade psicossocial; ampliar o espaço das atuações para além do setting convencional. (p. 123)

Pode-se definir interdisciplinaridade como “um processo dinâmico, consciente e ativo, de reconhecimento das diferenças e de articulação de objetos e instrumentos de conhecimento distintos, que contribui para a superação do isolamento dos saberes” (Brasil, 2012). Como trazido por Almeida (2020), a abordagem interdisciplinar não segue fórmulas prévias e acabadas e trabalha no compartilhamento dos saberes, mas é construída no cotidiano do trabalho dos profissionais da equipe diante dos desafios colocados pela política pública e junto às demandas da população.

Assim, para além dos atendimentos realizados com o público-alvo da política, é importante que haja, no SUAS, momentos para reunião de diferentes profissionais, momentos destinados às discussões de casos, metodologias, instrumentais e técnicas que possam ser utilizados no trabalho da equipe multiprofissional, atingindo assim o compartilhamento dos saberes, lembrando de resguardar as competências e atribuições privativas de cada profissão.

Práticas e Intervenções da Psicologia no PAIF: Dimensões Ético-Políticas e Metodológicas do Trabalho Social com Famílias

No desenvolvimento do TSF é indicado que a equipe do CRAS busque realizar, segundo uma consciência crítica, a busca de conhecimentos sobre a realidade local/território (cultura, modo e vida da comunidade, potencialidades, recursos e vulnerabilidades). O desenvolvimento das ações precisa ser por meio de abordagens e procedimentos metodológicos condizentes com a efetivação dos objetivos da PSB, com caráter preventivo e proativo, de modo a incentivar a participação dos(as) cidadãos(ãs), evitando abordagens assistencialistas, tecnicistas ou tutelares.

Conforme indicado nos parâmetros, é essencial compreender e articular o papel de cada política pública tanto quanto as suas possíveis ações intersetoriais e fluxos (Brasil, 2012). Para o Conselho Federal de Psicologia (2021):

Pensar as ações da Psicologia na PNAS como promoção dos direitos, da cidadania e da dignidade humana, conectada sempre aos territórios, como espaço de luta pelos usuários com o objetivo de combater a pobreza, diminuir as desigualdades sociais e superar todos os tipos de discriminação social, deve ser um dos propósitos desta política. (p. 47)

A atuação da Psicologia no PAIF tem como desafio uma atuação preventiva e não restrita a atendimentos particularizados. Um ponto a ser destacado é que o profissional tem que dispor de autonomia profissional para escolha de instrumentos e estratégias de intervenções, em atendimentos individualizados ou coletivos, garantindo que seu uso se dê

em consonância com os objetivos e orientações de atuação propostos pelo SUAS (Conselho Federal de Psicologia, 2016).

Outro ponto importante é que caso o(a) psicólogo(a) identifique demandas que necessitem de atendimentos não previstos pela política de Assistência Social é necessário encaminhar os casos a outras políticas de acordo com a especificidade da demanda. Um exemplo, diz respeito ao acompanhamento clínico psicoterapêutico. Segundo os aparatos normativos do SUAS, os profissionais que atuam nos serviços não devem realizar psicoterapia, mesmo que sejam justificadas pela ausência deste serviço no território ou pela necessidade da população (Conselho Federal de Psicologia, 2021).

É prevista a realização de escuta qualificada com atenção, respeito, sem julgamento moral e compreensão sobre as demandas, necessidades e potencialidades dos indivíduos e das famílias, com compromisso e corresponsabilidade diante das situações vivenciadas e dirigida à percepção de vulnerabilidades, potencialidades, fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais, bem como sobre as relações entre cidadania e subjetividade (tomando o sujeito individual e coletivo). O profissional precisa ser capaz de perceber o sofrimento ético-político e construir, com os(as) cidadãos(ãs) que atende, formas para o seu enfrentamento. Nesse sentido, por exemplo, o trabalho da Psicologia no CRAS visa a dimensão coletiva e social para a promoção da cidadania e o enfrentamento às violações de direitos (Conselho Federal de Psicologia, 2021; Resolução CNAS N° 119/2023). Assim, de acordo com Conselho Federal de Psicologia (2007):

As práticas psicológicas não devem categorizar, patologizar e objetificar as pessoas atendidas, mas buscar compreender e intervir sobre os processos e recursos psicossociais, estudando as particularidades e circunstâncias em que ocorrem. Tais processos e recursos devem ser compreendidos de forma indissociada aos aspectos histórico-culturais da sociedade em que se verificam, posto que se constituem mutuamente. (p. 17)

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2021), na atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS, é relevante que desenvolva uma escuta qualificada adequada ao TSF e intervenções sobre os aspectos envolvidos nas vulnerabilidades vivenciadas pelas famílias, com vistas a efetivação dos

objetivos da PSB, com defesa da cidadania e Direitos Humanos (valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos), contribuindo para o enfrentamento da pobreza e discriminação. Desse modo, o trabalho contemplará temas como as injustiças sociais, pobreza, desigualdade social, vulnerabilidades e potencialidades das famílias, assim como dos territórios, com a importância em se trabalhar o protagonismo social com os(as) cidadãos(ãs), valorizando a autonomia e buscando a participação referente às suas demandas e enfrentamento das desproteções para que com o apoio das políticas públicas de defesa de direitos possam enfrentar as situações necessárias. Desse modo, as ações com as famílias terão foco na troca de informações, promovendo espaços para troca de experiências, expressão de dificuldades e reconhecimento de possibilidades. Segundo a Resolução CNAS nº 119/2023 a defesa de direitos:

Visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais e a construção de novos direitos, promoção da cidadania, enfrentamento das desigualdades sociais e articulação com as demais políticas setoriais e os órgãos públicos de defesa de direitos.

Nas intervenções realizadas com o núcleo familiar, é insuficiente reconhecer a família como parceira quando, na prática, ela é reduzida ao papel de mera executora das ações, sem participação efetiva nos processos decisórios. É preciso respeitar a sua condição de sujeito de direitos, participando das intervenções, decisões, processos de transformação e avaliação das ações a elas dirigidas (Conselho Federal de Psicologia, 2021). O apoio às famílias, inclui o acesso aos serviços e direitos, e deve se organizar de acordo com as suas demandas, respeitando as capacidades que possuem em construir (com o apoio da política pública) formas de enfrentamento das suas dificuldades, além do desenvolvimento das suas capacidades e realização de seus objetivos. Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2021):

Podemos pensar o campo ético-político da Psicologia na Assistência Social atravessado pelo compromisso com a promoção e defesa dos direitos de cidadania, o que implica o reconhecimento das cidadãs e dos cidadãos como sujeitos de direitos, bem como

na construção de formas de enfrentamento das vulnerabilidades sociais e do acolhimento das diversidades. (p. 53)

Assim, torna-se necessário que o profissional da Psicologia compreenda as famílias dentro de seu contexto sócio-histórico, como instâncias ativas em sua comunidade e sociedade. Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2021), é importante reconhecê-las não simplesmente como alvo de ações planejadas pela equipe multiprofissional ou instrumentos (ou até mesmo parceiras) para fazer respeitar os direitos de seus membros (tais como definidos pelas Leis). É fundamental buscar a sua participação como sujeito de direitos, o que significa ter “ampla proteção social, através de políticas públicas sociais as quais garantam condições de uma vida digna e com condições para uma cidadania ativa, ou seja, participativa da esfera pública” (Dias, Lara & Butierres, 2012, p. 126). Quanto a esse ponto, a Psicologia pode aprofundar o seu conhecimento sobre as desproteções, articulando condições de vida e dimensões subjetivas da existência no contexto sócio-histórico. Destaca-se também como importante compreender os processos de transformação e de potencialização dos sujeitos, grupos, famílias, comunidades e territórios, além de desenvolver saberes e práticas para trabalhar com os vínculos na integralidade de suas características políticas, sociais e culturais, o sentimento de pertencimento, os laços dentro da comunidade e as identidades culturais.

Nas intervenções realizadas com as famílias, algumas passarão apenas pelos atendimentos de maneira eventual e outras serão acompanhadas pela equipe técnica de referência. Segundo a Resolução CNAS N° 119/2023 artigo 6° e alínea I, o “atendimento às famílias ou a alguns de seus membros e configura-se como um ato, ou ação imediata, de prestação de atenção, com vistas a uma resposta qualificada de uma demanda da família ou do território”. Trata-se de uma ação pontual e emergencial para resolução imediata de alguma situação, necessitando de um suporte rápido para necessidades urgentes dos indivíduos e/ou famílias. Por sua vez, o acompanhamento familiar é uma ação de longo prazo preventiva e estruturada, que visa promover a estabilidade e a autonomia das famílias e seus vínculos comunitários, é realizado através de intervenções planejadas e contínuas, envolvendo orientações e encaminhamentos para diversos serviços, sempre com o objetivo de fortalecimento das famílias. Segundo a mesma resolução, “consiste em um conjunto de intervenções, desenvolvidas de forma continuada, a partir do

estabelecimento de compromissos entre famílias e profissionais com objetivos a serem alcançados, incluindo a realização de mediações periódicas, buscando a superação gradativa das vulnerabilidades vivenciadas”, conforme indicado no artigo 6º e alínea II da mesma resolução.

Para início do acompanhamento familiar, é fundamental que as famílias aceitem o trabalho proposto que se fundamenta em um conjunto de intervenções, desenvolvidas de forma continuada, com o estabelecimento de compromissos entre as famílias e os profissionais. Pode ser iniciado a partir da demanda da própria família, das informações da rede de serviços e da busca ativa no território de abrangência do CRAS. Os profissionais devem ser facilitadores do trabalho, assumindo uma postura comprometida com os direitos da população e com o desenvolvimento do território.

O Conselho Federal de Psicologia (2021) aponta ainda que cabe ao profissional da Psicologia compreender que a demanda trazida pelas famílias como resultante de contextos de desigualdade, violência, preconceito, desproteção social, evitando a sua estigmatização e culpabilização tendo sempre como foco nas seguranças afiançadas pela política de Assistência Social e no acesso das famílias aos seus direitos, com objetivo de fortalecimento da sua capacidade protetiva e superação de vulnerabilidades e promoção de potencialidades.

Antes de propor o acompanhamento a uma família, é preciso realizar uma análise sobre a situação de desproteção que a família vivencia para assim definir se é caso de atendimento ou acompanhamento familiar. Definido pelo acompanhamento familiar, será construído junto com a família um Plano de Acompanhamento Familiar (PAF), é uma espécie de diagnóstico da família, sendo que contempla os dados pessoais, a composição familiar, a situação de trabalho e renda, as demandas, as necessidades, as desproteções, as potencialidades, os recursos do território e da rede, as estratégias possíveis, dentre outros pontos, sendo importante ser elaborado de acordo com a realidade, possibilidade, condição e interesse dos integrantes da família, com base nas prioridades deles. Pode ocorrer de forma particularizada ou em grupo, sendo que, nesse último caso, com famílias que vivem situações de desproteções semelhantes.

O acompanhamento familiar pode abranger diferentes intervenções e falaremos brevemente sobre as mais frequentes. Uma das

intervenções realizadas é a oficina com famílias no PAIF que “consistem na realização de encontros previamente organizados, com objetivos de curto prazo a serem atingidos com um conjunto de famílias, por meio de seus responsáveis ou outros representantes, sob a condução de técnicos de nível superior do CRAS” (Brasil, 2012, p. 23). Visam refletir sobre temas de seu interesse, desproteções e potencialidades na família e/ou no território, desenvolvendo aquisições, o fortalecimento dos laços comunitários, o acesso a direitos, o protagonismo, a participação social e a prevenção a riscos (Brasil, 2012). O trabalho em grupo é baseado na interação, participação, diálogo em que as famílias podem compreender a realidade de que muitas situações vividas estão interligadas no contexto sociocultural e perceber as desproteções e potencialidades do território/contexto de vida.

Outra intervenção proposta pela política é a visita domiciliar que tem como finalidade o acompanhamento familiar e a busca ativa, sendo um dos instrumentos técnicos utilizados nos CRAS. Por definição, de acordo com Brasil (2016) trata-se de:

Aproximações realizadas com as famílias em suas próprias residências visando conhecer melhor suas condições de vida (residência, território) e os aspectos do cotidiano das relações desses sujeitos, que geralmente escapam às entrevistas de gabinete. Tendo em vista que as visitas domiciliares têm proeminência em práticas e caráter polialesco e disciplinador, não é demais reafirmar que a utilização desse instrumento, na proposta da PNAS/SUAS, requer cuidados concernentes a seus aspectos éticos. Dentre tais aspectos destaca-se a questão da preservação da privacidade e do respeito à individualidade e aos modos de vida das famílias. Isso implica consentimento dos grupos familiares para realização das visitas domiciliares e também agendamento prévio com as famílias, sempre que possível. (p. 32)

Importante destacar que a visita domiciliar deve ser exercida com respeito pelas famílias, compreendidas dentro das suas condições e modos de vida. A avaliação tem que ser feita com cuidado, sem julgamentos de cunho moral ou discriminatório. Por meio das visitas domiciliares, os profissionais têm a oportunidade de conhecerem melhor as famílias em

vários aspectos de suas organizações, sendo um importante instrumento para os profissionais que atuam nos CRAS.

Outra intervenção é a ação comunitária, que pode ocorrer em forma de palestras, campanhas socioeducativas e eventos comunitários que podem estar relacionados a temas específicos a depender dos objetivos propostos. Possui como objetivos: “promover a comunicação comunitária, a mobilização social e o protagonismo da comunidade; fortalecer os vínculos entre as diversas famílias do território, desenvolver a sociabilidade, o sentimento de coletividade e a organização comunitária” (Brasil, 2012, p. 37). Precisa ser planejada pelos técnicos de nível superior do CRAS a partir de uma demanda ou diagnóstico do território, assumindo importante papel na prevenção das situações de vulnerabilidade e riscos sociais que podem incidir nos territórios. Tem caráter coletivo e abrange um maior número de participantes pertencentes ao território e que muitas vezes não são atendidos e acompanhados pela equipe do CRAS.

Já como complemento ao TSF, a PSB prevê o SCFV, que deve ser articulado ao PAIF, em que um técnico de nível superior do CRAS atua como referência na equipe que é composta por educadores e/ou orientadores sociais. As atividades são conduzidas pelos orientadores/educadores sociais, mas são planejadas, acompanhadas, orientadas e avaliadas pela referência técnica, mantendo a articulação com o PAIF. As famílias dos(as) cidadãos(ãs) atendidos(as) no SCFV podem ser encaminhadas ao PAIF, assim como as famílias atendidas pelo PAIF podem ter membros inseridos no SCFV.

Como já relatado, uma das estratégias de atuação da política de Assistência Social são os trabalhos com grupos que tem sua importância à medida que podem ser elaboradas demandas comuns compartilhadas coletivamente pelos moradores da comunidade que interferem em suas vidas, assim torna-se importante a coletivização das demandas dos usuários para o desenvolvimento e alcance dos objetivos do trabalho desenvolvido. Por meio dos grupos podem ser identificadas necessidades de encaminhamentos de demandas coletivas ou para atendimentos particularizados. Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2016):

A coletivização de demandas por meio do trabalho com grupos tem por objetivo facilitar os processos de reflexões pessoais,

interpessoais e participação, integrando o grupo e estabelecendo vínculos de afetividade e respeito mútuo. Além de valorizar os conhecimentos, vivências e significados dos participantes, envolve-os na discussão, pela identificação e busca de soluções para problemas que emergem em suas vidas cotidianas. (p. 28)

Pensando ainda na coletivização das demandas, é importante o(a) profissional orientar os(as) cidadãos(ãs) em relação à participação por meio do controle social da política pública (participação da sociedade civil na definição e implementação da política pública por meio de conselhos, conferências, dentre outros) que, conforme orientação da cartilha “SUAS – Sistema Único de Assistência Social – Modo de Usar” (Brasil, 2017), os(as) cidadãos(ãs) podem (e devem) participar da construção do SUAS por meio de diferentes espaços de organização, tais como coletivos de usuários, associações, redes de associações, fóruns, conselhos locais e conselhos comunitários. As organizações dos(as) cidadãos(ãs) podem eleger seus representantes junto aos Conselhos Municipais de Assistência Social, que têm a responsabilidade em promover programas de formação para cidadãos(ãs) e lideranças comunitárias, além de fóruns e outros eventos que lhes possibilitem elaborar suas reflexões e apresentar suas reivindicações. Os trabalhadores do SUAS devem incentivar a participação dos(as) cidadãos(ãs) nesses espaços, orientando, informando e promovendo o seu protagonismo, pois é uma forma de valorização do conhecimento do outro e estímulo da participação popular. É importante o respeito e incentivo a participação social na busca por estabelecer uma relação horizontal com os(as) cidadãos(ãs).

Por fim, entendemos ser significativo tecer uma breve consideração sobre a elaboração de documentos e registro das informações em prontuários/sistemas, visto que integra parte importante da atuação do(a) psicólogo(a). Em relação a esse ponto, a elaboração de documentos com outras categorias e registro das informações no prontuário da família que é acompanhada, tem a obrigação em seguir as orientações do Código de Ética Profissional do Psicólogo. Em seu artigo 6º, especifica que “O psicólogo, no relacionamento com profissionais não psicólogos: a. Compartilhará somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo”. Já no Art. 12º pontua que “Nos documentos que embasam as atividades em equipe multiprofissional, o psicólogo registrará

apenas as informações necessárias para o cumprimento dos objetivos do trabalho”. Levando em consideração que esse prontuário é acessado pela equipe multiprofissional do CRAS, o CFP orienta que seja realizado o registro apenas das informações que atendam aos objetivos da política de Assistência Social, além de conter o PAF (Resolução CFP nº 001/2009). Assim sendo, somente podem ser partilhados os conteúdos necessários para o cumprimento dos objetivos de trabalho e bom andamento do serviço, devido a confidencialidade das informações, sendo responsabilidade de quem receber as informações preservar o sigilo.

Considerações finais

Consideramos que os(as) psicólogos(as) que atuam no SUAS estão trilhando um caminho em construção. O trabalho no CRAS requer um profissional inquieto capaz de identificar as necessidades, fragilidades, potencialidades dos territórios e das relações para delinear o trabalho a ser desenvolvido, com atuação comprometida com a garantia de direitos, para assim desenvolver políticas públicas comprometidas com a melhoria de vida dos(as) cidadãos(ãs), não recaindo em intervenções normalizadoras e estigmatizantes. É importante que, no desenvolvimento do trabalho, siga as orientações para o TSF no SUAS, em conformidade com os princípios éticos da PNAS e da profissão, pois como agente público tem responsabilidade com a população e com a política que atua, considerando o reconhecimento dos usuários como sujeitos de direitos e valorizando as potencialidades a serem desenvolvidas sem desvincular da realidade social em que vivem. Sendo assim, todo trabalho deve ser proposto e planejado de acordo com o território e a realidade de atuação devido as diferenças culturais e geográficas que temos. Outro ponto fundamental é o afastamento do(a) psicólogo(a) de uma postura de superioridade com relação aos(as) cidadãos(ãs) atendidos(as) pelo SUAS, mantendo-se aberto a ouvir e construir caminhos junto a eles, fazendo do diálogo importante ferramenta de trabalho, levando em consideração que a valorização dos pontos de vista, necessidades e conhecimentos do outro não invalida ou substitui o conhecimento técnico da Psicologia. De acordo com Santos (2014):

Uma Psicologia comprometida com a transformação social toma como foco as necessidades, potencialidades, objetivos e

experiências dos oprimidos [...] e compreende que intervir na capacidade de transformação do sujeito envolve a construção de novos significados, pois para romper com os processos de exclusão é importante que o sujeito perceba-se num lugar de poder, de construtor do seu próprio direito e da satisfação de suas necessidades. Pressupõe-se que o trabalho das Psicólogas e dos Psicólogos no CRAS, ao atuarem em aspectos da subjetividade, contribua para o desenvolvimento de tais potencialidades. (p. 62)

Para terminar, no que diz respeito a atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS, os documentos apresentam muitas indicações de como deve ser desenvolvido o trabalho, porém temos o entendimento de que são possibilidades de atuação, indicando o caminho que é necessário percorrer para chegar ao que é orientado, porém no dia a dia de trabalho isso nem sempre é possível, em alguns momentos não é possível seguir todas as recomendações que os documentos apresentam, pois o cotidiano apresenta desafios que independem dos profissionais. É essencial ter o cuidado em culpabilizar as equipes de trabalho pelas dificuldades na operacionalização da política pública, devendo avaliar se possuem condições necessárias para suas atuações, pois muitas vezes os serviços não possuem as condições mínimas de trabalho adequadas (por exemplo, estrutura física e equipamentos) para a realização das atividades previstas e nem a equipe mínima necessária para o bom desenvolvimento do trabalho (que é indicada nos documentos orientadores), apresentando assim limites externos ingovernáveis, tendo que criar alternativas para dar conta das demandas, ultrapassando a dimensão dos trabalhadores, esbarrando no que não depende deles.

Referências

- Afonso, M. L. M. (2009). O papel da Psicologia no Centro de Referência de Assistência Social. Texto apresentado no I Congresso de Psicologia e Direitos Humanos. Belo Horizonte: UNA.
- Almeida, L. A. (2020). Dificuldades e potencialidades da atuação interdisciplinar nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). (Dissertação de Mestrado). Centro Universitário UNA, Campus Guajajaras (MG).

- Bomfim, E. (2003). Contribuições para a história da Psicologia social no Brasil. In A. M. Jacó-Vilela, M. L. Rocha, & D. Mancebo (Org.), *Psicologia social: Relatos na América Latina* (pp. 123-144). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Brasil (2006). Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS. NOB-RH/SUAS. Brasília, DF: MDS.
- Brasil (2009). Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Brasília, DF: MDS.
- Brasil (2011). Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS. NOB-RH/SUAS. Brasília, DF: MDS.
- Brasil (2012). Orientações técnicas sobre o PAIF – volume 2. Brasília, DF: MDS.
- Brasil (2016). Fundamentos ético-políticos e rumos teórico-metodológicos para fortalecer o Trabalho Social com Famílias na Política Nacional de Assistência Social. Brasília, DF: MDS.
- Brasil (2017). SUAS – Sistema Único de Assistência Social – Modo de Usar. Brasília, DF: MDS.
- Coimbra, C. M. B. (2003). Direitos Humanos e a atuação na área jurídica. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Os Direitos Humanos na prática profissional dos psicólogos* (pp.7-9). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia (2007). Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS. Brasília, DF: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia (2016). Nota técnica com parâmetros para atuação das (os) profissionais de Psicologia no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Brasília, DF: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia (2021). Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) no CRAS/SUAS. Brasília, DF: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia/ Comissão Nacional de Psicologia na Assistência Social (2024). 3º Mostra de Práticas da Psicologia na Efetivação dos Direitos Socioassistenciais. Disponível em <https://site.cfp.org.br/wp->

content/uploads/2025/06/relatorio_mostra_suas_web_2.pdf.

Acessado em 18 de março de 2026.

- Cordeiro, M. P. & Curado, J. C. (2017). Psicologia na assistência social: um campo em formação. *Psicologia & Sociedade*, 29 (e169210). doi: [10.1590/1807-0310/2017v29i169210](https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i169210)
- Cordeiro, M. P. (Org.) (2025). *Histórias da Psicologia na Assistência Social*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Coleção Psicologia Social), 218. doi: [10.11606/9786587596679](https://doi.org/10.11606/9786587596679)
- Cruz, L. R. & Guareschi, N. M. F. (2013). A constituição da assistência social como política pública: interrogações à psicologia. In *Políticas públicas e assistência social: diálogo com as práticas psicológicas* (4a ed., pp.13-40). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Dantas, C. M. B., & Oliveira, I. F. (2015). A psicologia no campo da assistência social: concepções de pobreza dos psicólogos atuantes no CRAS. In A. Accorssi, A. B. S. Bousfield, H. S. Gonçalves, K. Aguiar, & R. S. L. Guzzo (Orgs.). *Distintas faces da questão social: desafios para a Psicologia* (pp. 177-196). ABRAPSO.
- Dias, D. D., Lara L. de, & Butierres M. C. (2012). O sujeito de direitos. *Polis e Psique*, 2 (2), 124-127.
- Florentino, B. R. B., & Melo, W. (2017). A inserção da psicologia no sistema único de assistência social: notas introdutórias. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10 (1), 3-12.
- Freitas, M. F. Q. (1994). *Psicologia comunitária: professores de psicologia falam sobre os modelos que orientam a sua prática*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Freitas M. F. Q. (2002). *Psicologia na comunidade, psicologia da comunidade e psicologia (social) comunitária: práticas da psicologia em comunidade das décadas de 60 a 90, no Brasil*. In R. H. F. Campos (Org.), *Psicologia social comunitária: da solidariedade a autonomia* (pp. 54-80). Petrópolis: Vozes.
- Inojosa, R. M. (2001). Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos FUNDAP*, (22), 102-110.

- Jacó-Vilela, A. M. (2007). O estatuto da Psicologia Social? contribuições da história da psicologia social. In M. A. Prado C. & Mayorga (Org.), *Psicologia social: articulando saberes e fazeres* (pp. 37-54). Belo Horizonte: Autêntica.
- Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. (1962). Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Brasília, DF.
- Nery, V. (2018). A Psicologia no SUAS: interdisciplinaridade nos cotidianos de trabalho. In
- M. P. Cordeiro, B. Svartman, & B. L. V. Souza (Org.), *Psicologia na Assistência Social: um campo de saberes e práticas* (pp. 96-113). São Paulo: Instituto de Psicologia.
- Oliveira, P. A., & Kahhale, E. M. S. P. (2020). Uma história do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a participação do psicólogo e possibilidades de atuação. *Psicologia Política*, 20 (47), 119-131.
- Resolução nº 001/2009 do CFP (2009). Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Brasília, DF.
- Resolução nº 17, de 20 de junho de 2011, do CNAS (2011). Ratificar a equipe de referência definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS e reconhecer as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social-SUAS. Brasília, DF.
- Resolução nº 119/2023, de 4 de setembro de 2023 do CNAS (2023). Aprova os parâmetros para a atuação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) na relação interinstitucional da rede socioassistencial com o Sistema de Justiça e outros Órgãos de Defesa e Garantia de Direitos. Brasília, DF.
- Santos, L. N (2014). *A Psicologia na assistência social: convivendo com a desigualdade*. São Paulo, SP: Cortez.
- Sawaia, B. B. (2009). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Silva, J. V., & Corgozinho, J. P. (2011). Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e Psicologia social comunitária: possíveis articulações. *Psicologia & Sociedade*, 23 (n. spe.), 12-21. doi: [10.1590/S0102-71822011000400003](https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400003)
- Silva, B. R., Sapateiro, M. R., & Leonardi, J. M. (2023). Psicologia Social e práticas não opressivas: reflexões a partir de Paulo Freire. *Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas e Sociais*, 4 (2). doi: [10.33872/revcontrad.v4n2.e055](https://doi.org/10.33872/revcontrad.v4n2.e055)
- Yamamoto, O. H. (2003). Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia. In A. M. B. Bock (Org.), *Psicologia e o compromisso social* (pp. 37-54). São Paulo: Cortez.
- Zanella, A. V., Bousfield, A. B. S., & Moreira, A. N. V. (2015). A atuação dos/as psicólogos/as nos CRAS, em Florianópolis, e alguns desafios para a formação. In A. Accorssi, A. B. S. Bousfield, H. S. Gonçalves, K. Aguiar, & R. S. L. Guzzo (Org.), *Distintas faces da questão social: desafios para a Psicologia* (pp. 423-438). Florianópolis: ABRAPSO.

Avaliação Psicológica no Contexto da Socioeducação: um olhar sobre a saúde mental do adolescente em privação de liberdade

Hellen Patricia Paulino Furtado

Katya Luciane de Oliveira

Lucas Barbosa Namur

A compreensão da adolescência como uma fase diferenciada do desenvolvimento humano, dotada de características específicas e necessidades próprias, é um fenômeno social relativamente recente. Em que pese modificações comportamentais em jovens entre 13 e 20 anos já tivessem sido observadas desde a Antiguidade por filósofos como Sócrates e Aristóteles — que notaram traços como indisciplina, questionamento da autoridade e o despertar da sexualidade (Palacios & Oliva, 2007) —, a concepção da adolescência como uma etapa autônoma, diferente e prolongada como é concebida na contemporaneidade surgiu somente entre o fim da Primeira Guerra Mundial e o início da Segunda Guerra Mundial, aproximadamente entre 1918 e 1939. Antes desse período, a transição da infância para a vida adulta acontecia rapidamente sendo frequentemente marcada por rituais de iniciação, sem o reconhecimento de um período intermediário (Outeiral, 2003).

Para Schiavon e Tracktenberg (2021), a adolescência é um período caracterizado por mudanças biopsicossociais substanciais, que se refletem em modificações comportamentais, emocionais e cognitivas. Diante disso, uma definição amplamente aceita é a de que ela “... compreende um período de transição entre a infância e a idade adulta, iniciando na puberdade e terminando com alguma independência dos pais e cuidadores ...” (Schiavon & Tracktenberg, 2021, p. 103).

No dicionário Aurélio on-line de Língua Portuguesa, a palavra adolescência tem a sua raiz etimológica no latim *adolescencia* - período de desenvolvimento humano definido pela transição entre a juventude e a idade adulta; fase que se inicia após a puberdade; seus sinônimos são

puberdade, juvenilidade, juventude, mocidade. Embora intrinsecamente relacionada à adolescência, a puberdade é um fenômeno diferente. De acordo com o mesmo dicionário, o vocábulo vem do latim *pubertas*, e significa: período de transição (humano) compreendido entre a infância e a adolescência, caracterizado pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários, pela aceleração do crescimento e pelo início das funções reprodutivas (Lexikon Editora Digital, 2024).

Krishna e Witchel (2024) definem a puberdade como o processo pelo qual se atinge a competência reprodutiva, constituída por dois fenômenos distintos: a gonadarca e a adrenerca. A gonadarca ocorre pela reativação do desencadeador de impulsos do hormônio liberador de gonadotropina (GNRH) hipotalâmica, caracterizada pelo aumento da secreção pulsátil de GNRH do hipotálamo. Essa elevação promove a secreção pulsátil de gonadotrofinas hipofisárias que, conseqüentemente, estimulam o crescimento e o amadurecimento das gônadas, acompanhada pelo aumento da secreção de esteroides sexuais gonadais, os quais impulsionam o desenvolvimento das características sexuais secundárias. A adrenerca complementa a gonadarca no processo de modificação física da puberdade, que se inicia a partir da sintetização dos andrógenos adrenais, deidroepiandrosterona (dhea-s) e androstenediona, pela zona reticular, aos 6 e 8 anos (meninas) e 7 e 9 (meninos). Esse processo desencadeia alterações androgênicas, com desenvolvimento dos pêlos pubianos e axilares, maturação das glândulas sudoríparas apócrinas e acne (Maciel et al., 2021).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é o período compreendido entre os 10 e 19 anos, sugere o termo juventude como correspondente à fase entre 14 e 24 anos e pessoas mais jovens para todo o período entre 10 e 24 anos (WHO, 2024), no entanto, essa faixa etária não é universal, podendo variar de acordo com o país e sua cultura. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990) estabelece que são adolescentes os indivíduos de 12 a 18 anos, podendo-se nos casos expressos em lei, aplicar excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade; enquanto o Estatuto da Juventude (EJ) – (Lei Nº 12.852, De 5 De Agosto De 2013) considera jovem a pessoa com idade entre 15 e 29 anos. Tais diplomas legais estabelecem à adolescência um estatuto legal e social, a ser disciplinado, regulamentado e protegido. O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela WHO, para a qual a adolescência

é a etapa situada entre os 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias, e a juventude ocorre entre 15 e 24 anos, significando que os últimos anos da adolescência se confluem com os primeiros anos da juventude.

No Brasil, no ano de 2022, o contingente populacional era composto por adolescentes e jovens, com idades entre 12 e 21 anos, de 28.577.061, configurando 4,1% da população brasileira, conforme dados do IBGE (2022). Relativo a esse segmento da população, a Fundação Abrinq (2022) revelou que 34,4% deles moram nos três estados da região sul do país, sendo que 57.549.253 do total de crianças e adolescentes residem em área urbana. Desse montante, 34.008.013 declararam-se pardos e 4.352.396, pretos. Além disso, a proporção de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos que vivem com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo é de 27,1%.

Maiotti e Souza (2022) observam que o conceito de adolescência se encontra atrelado à idade cronológica, referindo-se especialmente às modificações fisiológicas. Entretanto, somente as mudanças físicas não transformam os adolescentes em adultos. É necessário considerar a existência de várias outras mudanças e adaptações, muitas vezes diversificadas, abstratas e pouco notórias, para que os indivíduos atinjam a maturidade, alcançando a autonomia, o que envolve alterações cognitivas, sociais e de perspectiva de vida. Constitui-se uma etapa de modificações as quais recaem no próprio indivíduo, em seu contexto familiar e em sua comunidade.

Shulman et al. (2015) apresentam outros marcadores para o início e o término dessa fase do ciclo vital, a citar, biológicos, emocionais, cognitivos, bem como, interpessoais, sociais e educacionais, além de culturais. Dessa maneira, considerando o aspecto biológico, essa etapa começa com a puberdade e se encerra com o completo amadurecimento da capacidade de reprodução. No que se refere à parte emocional, ocorre primeiramente o desapego/afastamento em relação aos pais, sendo concluído com o desenvolvimento de um senso de identidade. O marcador cognitivo inicia com o desenvolvimento das funções cognitivas abstratas e complexas e conclui com a sua maturação. No que concerne à relação interpessoal, o começo ocorre pelo deslocamento do interesse social pelos pais para os pares, terminando com a capacidade de estabelecimento de relacionamento mais íntimo com eles.

Ainda de acordo com Shulman et al. (2015), no que se refere ao delimitador social, a entrada ocorre por meio do treinamento para as atividades profissionais e para outras funções da etapa adulta e é finalizada com a consecução do status adulto, com suas vantagens e obrigações. Em nível educacional, a adolescência se inicia com a conclusão do Ensino Fundamental e ingresso no Ensino Médio. E por fim, o delimitador cultural começa a partir de rituais de passagem específicos e encerra-se com novos ritos de passagem e outras práticas culturais que delimitam a obtenção de um novo status. Entretanto, Miranda e Malloy-Diniz (2021) inscrevem que integrar e analisar cada um desses fatores dependerá de diversas variáveis, como o contexto, a cultura e as condições socioeconômicas de cada indivíduo.

Adolescência em Conflito com a Lei

Um segmento dessa população que vem se destacando refere-se aos adolescentes em conflitos com a lei, visto que os atos infracionais praticados, especialmente quando graves ou gravíssimos, têm alcançado grandes repercussões na mídia, resultando em diversos questionamentos, explicações e/ou posicionamentos acerca das causas e motivações.

O Artigo 103 do ECA define ato infracional como: “a conduta descrita como crime ou contravenção penal”. Em seu Artigo 104, estabelece que “são penalmente inimputáveis os menores de dezoito, sujeitos às medidas previstas nesta lei”. Em seu parágrafo único, determina que: “para os efeitos desta lei, deve ser considerada a idade do adolescente à data do fato”. Nesse sentido, a responsabilidade civil nos termos deste diploma legal inicia-se aos 12 anos e estende-se aos 18 anos incompletos, e aos jovens de 18 a 21 anos, nos casos expressos em lei (Brasil, 1990).

Aos adolescentes autores de atos infracionais cabe a aplicação das seguintes medidas socioeducativas, conforme estabelece o ECA em seu Art. 112, as quais apresentam um caráter educativo e protetivo e não punitivo e graduam progressivamente da não restrição de liberdade à sua privação, sendo: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviço à comunidade (PSC), liberdade assistida (LA), semiliberdade e internação em estabelecimento educacional. Quando necessário, também podem ser aplicadas concomitantemente as seguintes medidas protetivas elencadas no Art. 101 do mesmo diploma legal: encaminhamento aos pais,

tratamento médico ou psicológico, inclusão em programas oficiais de proteção (Brasil, 1990).

A medida socioeducativa de internação

Dentre as medidas socioeducativas, a mais severa é a internação por se caracterizar como uma medida privativa de liberdade. Regulamentado pelo artigo 121 do ECA e deve ser aplicada apenas quando o ato infracional envolver grave ameaça ou violência à pessoa, em casos de reincidência na prática de infrações graves ou de descumprimento reiterado e injustificável de medida anteriormente imposta (Brasil, 1990).

Também precisa considerar os princípios constitucionais de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Além disso, deve ser revisada no máximo a cada seis meses e seu prazo máximo não pode ultrapassar três anos. Essas diretrizes visam garantir que a internação seja utilizada de maneira justa e proporcional, respeitando a condição de desenvolvimento dos adolescentes e promovendo sua reintegração social.

A sua execução fundamenta-se nos princípios da socioeducação, a qual segundo Bandeira (2022) refere-se ao conjunto de técnicas e atividades realizadas durante a execução da medida socioeducativa. Conforme Costa (2001), a sua natureza primordial é a preparação do jovem para a convivência social. Nesse sentido, a escolarização formal, a educação profissional, as atividades artísticas e culturais, a abordagem social e psicológica de cada caso, as práticas esportivas, a assistência religiosa e todas as outras atividades que lhe são direcionadas devem apresentar o objetivo superior e comum de desenvolver o potencial dos socioeducandos para ser e conviver, com respeito às regras de convívio social positivadas na Lei Penal como crime ou contravenção.

Nesse contexto, o Sinase - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, Lei Federal nº 12.594/2012, tem por objetivo garantir a natureza pedagógica das medidas socioeducativas, por meio de um conjunto organizado de princípios, regras e critérios, de natureza jurídica, política, pedagógica, financeira e administrativa, que contempla desde a investigação do ato infracional até a execução da medida socioeducativa. Nele se incluem os sistemas estaduais, distrital e municipais, como também todas as demais políticas, planos e programas específicos de atenção a esse segmento específico, tais como: educação, lazer, cultura,

saúde, segurança pública, entre outros. É coordenado pela União e integrado por estados, municípios e Distrito Federal, os quais são responsáveis pelo desenvolvimento de programas de atendimento comunitário (Brasil, 2012).

Atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei

Sobre o atendimento socioeducativo específico das modalidades de internação, internação provisória e a semiliberdade, bem como acerca dos marcadores sociais referentes a gênero, raça/etnia e deficiência, como também de adolescentes gestantes e/ou com filhos, renda familiar e território de moradia, o Sinase de 2023 revela dados anuais fornecidos pelo Governo Federal, por meio de informações repassadas pelos gestores dos sistemas socioeducativos estaduais e distrital (Brasil, 2023). A partir disso, foi demonstrado que, em 2023, o Brasil registrou um total de 11.664 adolescentes vinculados ao sistema socioeducativo de restrição e privação de liberdade, representando apenas 0,04% do contingente de jovens com idades entre 12 e 21 anos, os quais somam 28.577.061 configurando 14,1% da população no país, conforme os dados do IBGE (2022).

Para atendimento dos adolescentes em conflito com a lei, a pesquisa mostrou que existem noventa e cinco unidades de internação provisória, 187 unidades de internação, 129 unidades de semiliberdade e noventa e quatro unidades que executam mais de uma modalidade de atendimento em seu espaço físico. E ainda que sessenta e sete dessas unidades destinam-se ao atendimento exclusivo de meninas, 420 unidades de atendimento para meninos e dezoito, cujo atendimento é misto. Nesse contexto, o Paraná conta com trinta e uma unidades. Em onze dos estados respondentes desse Levantamento Nacional, o roubo é o infracional mais incidente, perfazendo aproximadamente 73%. O tráfico de drogas é o primeiro ou segundo em 6 dos Estados respondentes, configurando 40%. Já o homicídio aparece em primeiro ou segundo lugar igualmente em seis estados, totalizando 40%. Tem-se, também, (1,1%) adolescentes privados de liberdade pelo ato infracional de ameaça e (0,6%) pelo ato infracional análogo ao crime de receptação.

Para tais adolescentes o SINASE em seu Art. 3º estabelece: a Garantia de direitos humanos; o Atendimento personalizado e individualizado; a participação ativa; o direito à convivência familiar e comunitária; o incentivo à manutenção dos vínculos com a família e a

comunidade, inclusive com visitas regulares e contatos autorizados; a educação e formação profissional; o acesso à educação formal e a cursos profissionalizantes; o Atendimento interdisciplinar; a revisão periódica da medida socioeducativa; a proibição de isolamento prolongado; é vedada qualquer forma de castigo físico ou isolamento em condições inadequadas (Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012).

Adolescência, Privação de Liberdade e Saúde Mental

Conforme a WHO (2024), a saúde mental é um estado de bem-estar da mente que permite que as pessoas lidem com o estresse da vida, percebam suas habilidades, aprendam e trabalhem bem, e contribuam para sua comunidade. Ela tem valor intrínseco e instrumental e é integrada ao nosso bem-estar. Maiotti e Souza (2022) indicam que esse conceito subentende variações culturais e que em qualquer concepção adotada, transcende a simples inexistência de perturbações ou transtornos mentais. Em contrapartida, o transtorno mental é caracterizado por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, regulação emocional ou comportamento, normalmente associado a sofrimento ou comprometimento em áreas significativas do funcionamento. Há diversos tipos os quais podem ser denominados de condições de saúde mental, visto que este termo é amplo, podendo contemplar transtornos mentais, deficiências psicossociais entre outros estados mentais relacionados ao sofrimento substancial, ao comprometimento no funcionamento ou risco de automutilação (CID-11) (OMS, 2019). Para Maiotti e Souza (2022), os pressupostos existentes entre o comportamento normal e o patológico são complexos e dinâmicos, e devem estar contextualizados socialmente e culturalmente. Ao inferir a existência de alguma psicopatologia, é necessário atentar-se para a ocorrência e à persistência dos sintomas, como também para os prejuízos causados à vida do indivíduo, seja no desenvolvimento, na esfera escolar, social entre outras diversas áreas que podem ser acometidas (Dumas, 2011).

No que se refere especificamente à adolescência, a WHO (2025a) informa que, mundialmente, um em cada sete jovens de 10 a 19 anos apresenta algum tipo de transtorno mental, representando 15% do total de doenças nessa faixa de idade, perfazendo (14,3%) dos jovens. Nesse contexto, a depressão, a ansiedade e os distúrbios comportamentais estão entre os principais causadores de doenças e incapacidades entre

adolescentes; entretanto, esses continuam majoritariamente não reconhecidos ou tratados. Aponta o suicídio como a terceira principal causa de morte em indivíduos com idades de 15 a 29 anos.

A WHO (2025a), apresenta ainda, os seguintes dados acerca dos transtornos que acometem esse segmento populacional: Transtornos de ansiedade (que podem contemplar pânico ou preocupação excessiva) são os mais prevalentes nessa faixa etária e são mais comuns entre adolescentes mais velhos do que entre os mais jovens. Estima-se que 4,1% dos jovens de 10 a 14 anos e 5,3% dos jovens de 15 a 19 anos sofrem de um transtorno de ansiedade (1). Calcula-se que a depressão ocorra entre 1,3% dos adolescentes de 10 a 14 anos e 3,4% dos jovens de 15 a 19 anos (1). Depressão e ansiedade compartilham alguns dos mesmos sintomas, incluindo mudanças rápidas e inesperadas no humor.

Quanto aos adolescentes privados de liberdade, a saúde mental entrou oficialmente em pauta a partir da implementação da Portaria nº 1.082/2014 com a política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (Pnaisari) do Ministério da Saúde, já que integra um de seus eixos de atenção, prevenção e assistência. Essa, redefine as diretrizes de tal Política em Regime de Internação e Internação Provisória, incluindo o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, bem como estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade (Portaria nº 1.082/2014).

Rissato et al. (2021), apontam que o isolamento social e o processo de adaptação às rotinas e regulamentos institucionais, bem como as condições objetivas de sobrevivência nas unidades socioeducativas de internação têm capacidade de desencadear desconforto emocional e provocar adoecimento psíquico. Alves et al. (2020) entendem também, que esta situação pode ser agravada pelas experiências individuais anteriores, por questões próprias do desenvolvimento pessoal e pelas condições ressocializadoras e pedagógicas nem sempre apropriadas, pois a submissão à internação normalmente obriga os adolescentes a viverem em condições com as quais não se identificam, habitualmente regulamentados pelas normas institucionais frequentemente estabelecidas por uma equipe de dirigentes que precisam monitorar um grupo numeroso de pessoas em um pequeno espaço e com recursos limitados. Nesse sentido, ainda Rissato et al. (2021), acreditam que os adolescentes em

contexto de privação de liberdade, em que pesem serem atendidos como indivíduos em condição peculiar de desenvolvimento, quando são submetidos à experiência de internação prolongada, poderão apresentar mais dificuldades de adaptação às rotinas e normas institucionais e também para o retorno ao convívio social e comunitário após a desinternação.

Costa e Silva (2017) referem que estudos apresentam uma confluência em relação à prevalência de transtornos mentais em populações de adolescentes em situação de privação de liberdade, como também consideram a possibilidade de existir uma ampliação dos sintomas face à situação do aprisionamento. Xavier (2021) destaca que a existência de tais indicadores na adolescência contrasta com a oferta de políticas públicas e de tecnologia social disponíveis para esse segmento populacional. Esse autor considera efetiva tecnologia social, a construção de estratégias, produtos e objetos que possam ser utilizados para mediar a relação do humano com a realidade e permitir a elaboração de novas possibilidades de pensar, agir e fazer diante das experiências.

Para Komatsu e Bazon (2021), a maioria dos adolescentes que ingressam no sistema socioeducativo apresentam dificuldades psicossociais em algum grau, em razão de uma trajetória de vida que inclui múltiplos fatores de risco ao desenvolvimento integral. Além disso, Rissato et al (2024), acreditam que a privação de liberdade e o isolamento social são potencialmente desencadeadoras de mal-estar subjetivo e transtornos comportamentais e de produzir o adoecimento físico e psíquico. Para Rissato et al (2024), esta população é marcada por agravos e desordens de saúde mental que graduam de sintomas leves a transtornos mentais mais complexos. No que diz respeito, mais especificamente, às demandas em saúde mental, Rissato et al (2021), assinalam que a maioria dos casos se relacionam a sintomas internalizantes, como a ansiedade, a depressão e a insônia, bem como sintomas externalizantes como a agressividade, inadequação social, além do uso de substâncias psicoativas. Nesse contexto destacam-se como principais agravos em saúde mental: a desregulação emocional, depressão e suicídio.

Regulação Emocional

A emoção é um construto multidimensional e multifacetado, com vários termos relacionados para defini-la. Trata-se de uma experiência

multidimensional caracterizada por diversos graus de atuação e por níveis de prazer-desprazer, correlacionada a experiências subjetivas, sensações somáticas e tendências motivacionais, marcada por elementos contextuais e culturais, e que pode ser, de certo modo, por intermédio de processos intrapessoais. Essa definição sugere que sistemas biológicos frequentemente, mas não obrigatoriamente, estão associados a adaptações evolutivas e tendências motivacionais, as quais são influenciadas por fatores sociais, culturais e outros aspectos contextuais, além de serem passíveis de regulação. Ela refere-se também a uma experiência normalmente desencadeada por estímulo, situação ou evento, outra pessoa, como também, pensamento e memória (Hofmann, 2023).

A capacidade em regular as emoções é essencial para preservar o equilíbrio interno do indivíduo, permitir relações sociais apropriadas e facilitar a saúde mental. Estratégias de regulação emocional inadequadas ou insuficientes podem desencadear sentimentos desagradáveis, incitando o sofrimento psicológico que no decorrer do tempo pode progredir para perturbações de ansiedade (Silva, 2021). Para Leahy et al. (2013), essa capacidade pode incluir qualquer estratégia de enfrentamento utilizada pelo indivíduo ao deparar-se com uma intensidade emocional indesejável, podendo ser problemática ou adaptativa.

Em contrapartida, Leahy et al. (2013, p. 20) definem a desregulação emocional como: "... a dificuldade ou a incapacidade de lidar com as experiências ou processar as emoções ...". A intensificação excessiva das emoções significa qualquer elevação mais acentuada de uma emoção sentida como indesejável, opressora ou problemática pelo indivíduo, resultando em pânico, temor, trauma, ou senso de urgência, ou sentir-se sobrecarregado e com dificuldade de suportá-los. Nessa senda, representa uma incapacidade para regular sinais emocionais, experiências, ações, respostas verbais e/ou não verbais em relação a variadas emoções vivenciadas.

Os adolescentes frequentemente usam uma variedade de estratégias para fazer a sua regulação que podem variar em eficiência, sendo a reavaliação cognitiva e a supressão emocional as duas mais comuns, porém as pesquisas indicam que a reavaliação normalmente é a mais eficiente e menos associada a problemas emocionais e comportamentais (Gross & John, 2003). Harter (1999) aponta que o desenvolvimento da identidade e da autoestima é uma parte fundamental da adolescência, os quais estão significativamente relacionados à regulação

emocional, sendo que, os adolescentes que apresentam uma identidade positiva e uma autoestima saudável são mais predispostos a utilizar estratégias mais eficientes e a experimentar menos problemas emocionais. Eisenberg et al., (2001) complementam afirmando que as relações sociais e o ambiente familiar são primordiais para isso, considerando que a qualidade das interações com pais, amigos e colegas pode influenciar substancialmente as estratégias que os adolescentes adotam.

Depressão

Conforme a WHO (2023), no ano de 2019, 280 milhões de pessoas viviam com depressão, incluindo 23 milhões de crianças e adolescentes. A Classificação Internacional de Doenças – 11ª Revisão (CID-11), da WHO (OMS, 2019), define a depressão como um transtorno do humor caracterizado por episódios de humor deprimido, perda de interesse ou prazer, acompanhados de outros sintomas cognitivos, comportamentais ou físicos. Classifica como episódio depressivo a partir de uma fase que perdura ao menos duas semanas durante a qual o indivíduo apresenta humor deprimido a maior parte do dia, quase diariamente e perda de interesse ou prazer em atividades habitualmente prazerosas. Isso acompanhado dos seguintes sintomas: Fadiga ou perda de energia; Sono prejudicado (insônia ou hipersonia); Diminuição ou elevação do apetite; Sentimentos de inutilidade ou culpa exagerados; Dificuldades de concentração; Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. Também podem contemplar este quadro: alterações no apetite ou no peso, insônia ou hipersonia, agitação ou lentidão psicomotora, desgaste ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa em excesso, dificuldade de pensamento ou concentração, pensamentos frequentes de morte ou suicídio, entre outros.

No entanto, a classificação requer que tais sintomas ocasionem prejuízo relevante no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas significativas da vida do indivíduo. A sintomatologia também é classificada de acordo com a sua gravidade, sendo: Leve (6A70.0), quando existem poucos sintomas além dos critérios mínimos, com leve impacto funcional; Moderado (6A70.1), quando há sintomas mais intensos e maior prejuízo funcional; Grave (6A70.2), quando existem muitos sintomas notadamente incapacitantes.

Silva et al. (2019) elucidam que a depressão afeta todas as faixas etárias e vem sendo ainda mais observada em crianças e adolescentes, cujos sintomas mais frequentes são a queda do rendimento escolar, tristeza e isolamento acentuado prejudicando o desenvolvimento e contribuindo para a incapacidade humana. No entanto, é pouco diagnosticada segundo

Amaral et al. (2020), já que se estima que somente 34% dos indivíduos busquem auxílio especializado e apenas um terço deles encontram a ajuda da qual necessitam. Na maioria das vezes as pessoas são incapazes de reconhecer ou nomear a sua doença e, frequentemente, apresentam queixas gerais. Ainda segundo os autores, a depressão se apresenta como um dos fatores de risco que mais se relaciona ao suicídio.

Baptista et al. (2023) apresentam que os conhecimentos referentes à depressão na adolescência têm indicado que a sua explicação não pode ser feita somente por elementos intrapessoais como fatores biológicos, traços de personalidade, capacidade de autorregulação e enfrentamento de eventos estressores, sendo necessário considerar também, as características dos relacionamentos e vivências sociais que os adolescentes experienciam.

Nesse sentido, Freitas et al. (2020) pontuam que adolescentes são expostos a diversas situações que podem levá-los à depressão, sendo que o contexto familiar, vulnerabilidade social e características individuais mostraram-se os mais relevantes em suas pesquisas. Nessa perspectiva, referente ao contexto familiar, apresentam a qualidade do relacionamento e alto grau de conflitiva com os pais, a rejeição por parte dos progenitores e a má qualidade do ambiente familiar, com níveis acentuados de conflitos e baixos relativos ao suporte; já a vulnerabilidade social é traduzida pela suscetibilidade, apoio e contexto social, status socioeconômico, etnia, entre outros; já as características individuais contemplam a insatisfação com a imagem corporal, baixa autoestima, habilidades sociais, regulação emocional e controle psicológico; concernente à violência, tem-se a direta, quando se foi vítima de qualquer uma de suas modalidades e a indireta, quando presenciada, assistida, escutada.

Suicídio

O termo suicídio é derivado do latim, a partir das palavras *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar) do verbo (*caedo, is, cecidi, caesum, caedere*),

seu conceito apresenta muitas dificuldades e constitui-se questão controversa. Ele pode ser definido como todo ato, executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a sua morte, por meio de um método no qual o indivíduo acredita resultar no fim da sua vida (Corrêa, 2022). No dicionário Aurélio on-line de Língua Portuguesa, o vocábulo significa: ação de acabar com a própria vida, de se matar: ele cometeu suicídio (Lexikon Editora Digital, 2024).

A WHO considera o suicídio um grave problema global de saúde pública, o qual afeta indivíduos de todas as idades, gêneros e regiões do mundo, assinalando que: “Cada vida perdida é uma vida a mais demais” (OPAS, 2024). Todos os anos, aproximadamente 727.000 pessoas cometem o suicídio, enquanto muitas outras fazem tentativas. Trata-se de um fenômeno que incide em qualquer idade, sendo a terceira causa mais comum de morte entre pessoas de 15 a 19 anos mundialmente, em 2021 (WHO, 2025b).

A CID-11 trata o comportamento suicida como quadro clínico complexo que contempla a ideação e a tentativa de suicídio, considerando-o como um problema de saúde pública importante. Estabelece uma diferença entre lesão autoprovocada intencional com intenção suicida e aquelas sem esse propósito, o que possibilita uma avaliação mais apropriada e intervenções clínicas mais eficientes. Isso favorece o aperfeiçoamento de estratégias de prevenção e manejo, à medida em que reconhece o suicídio como integrante de um espectro comportamental e não como um evento isolado, o qual requer, portanto, atenção interdisciplinar (OMS, 2019).

De acordo com a WHO (2021), as taxas de incidência em 2019 variaram entre países, de menos de duas mortes por suicídio por 100 000 a mais de 80 por 100 000 habitantes, havendo maior incidência nos países de baixa renda (77%), onde a maioria da população mundial vive, sendo a autointoxicação por pesticidas o método utilizado em quase 20% dos casos. Embora possa acontecer em qualquer etapa da vida, mais da metade dos suicídios globais (58%) ocorreram antes dos 50 anos, constituindo-se na principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, do sexo masculino. A maioria dos adolescentes que morreram por suicídio (88%) eram de países de baixa e média renda, onde quase 90% dos adolescentes do mundo vivem.

Mais especificamente, em relação a crianças e adolescentes, Silva e Minayo (2021) discorrem sobre os tabus que o envolvem, considerando o incômodo, o silêncio e o pavor que este tema provoca em toda a sociedade. Eles apresentam que, nestes casos há um triplo tabu, pois contempla o da morte, o do suicídio e o do suicídio infantojuvenil, enfatizando as dimensões do comportamento suicida como uma manifestação de violência e agravante da saúde mental, identificando-o como um fator emergencial e inadiável na atualidade em relação à assistência de tais indivíduos. Amaral et al. (2020) complementam que o desejo de morte para os adolescentes pode ser compreendido como uma alternativa para encontrarem um sentido para a vida. Todavia, eles podem esconder pensamentos suicidas por variadas razões, como motivações religiosas, culturais, entre outras.

Segundo Amaral et al. (2020), conhecer os principais fatores de risco associados ao suicídio e os diversos modos de manifestação dos seus sinais é crucial para o planejamento de programas de intervenção. Corrêa (2022) acrescenta que, considerando que o suicídio e as suas tentativas são importantes causas de mortalidade e incapacitação, é indispensável o conhecimento de seus possíveis determinantes para a implementação de políticas públicas e estratégias de prevenção. Segundo a OPAS (2024), garantir o apoio e os cuidados adequados às pessoas em risco ou que já tentaram suicídio requerem medidas de diagnóstico precoce, avaliação, orientação e monitoramento constante.

Amaral et al. (2020), apresentam que estudos consideram fatores proximais, como a presença de transtornos mentais e de estressores de natureza psicossocial, como possíveis elementos desencadeadores, bem como fatores distais, como a exposição a experiências adversas na infância, como associados à ocorrência de suicídio na vida adulta. A WHO (2025b) apresenta como fato comprovado que vivenciar guerras, desastres naturais, abusos e/ou perdas afetivas, como também o sentimento de isolamento são elementos que podem induzir ao comportamento suicida. As taxas também são elevadas em grupos vulneráveis e discriminados, como refugiados e migrantes, povos indígenas, a comunidade LGBTQIAPN+ e presidiários.

Entretanto, a WHO (2025b) também assinala que os suicídios podem ser prevenidos por meio de intervenções nos níveis social, coletivo e individual, muitas dessas com baixo custo de efetivação. A OPAS (2024), apresenta que, entre outros, promover em adolescentes habilidades

socioemocionais para a vida, bem como a identificação precoce, avaliação, gerenciamento, acompanhamento de qualquer pessoa acometida por pensamentos suicidas; são essenciais para o resguardo de vidas, podendo, portanto, a área da Avaliação Psicológica oferecer grande contribuição nesse sentido. Como marco importante nessa perspectiva no Brasil, em 2019, foi promulgada a Lei nº 13.819, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e no Paraná, em âmbito dos centros de socioeducação, destaca-se a Resolução 170/18 – GS/SEJUF, que: regulamenta os encaminhamentos preventivos a serem realizados pelas equipes das unidades socioeducativas quando do recebimento de adolescentes com sinais de sofrimento mental e/ou diagnóstico de transtornos mentais, bem como ideação suicida, e institui mecanismos de monitoramento dos casos identificados.

Avaliação psicológica

De acordo com Hutz et al (2015), a história da avaliação psicológica confunde-se com a própria história da psicologia no Brasil. Isso porque esta área foi integrada já de início na Lei Federal nº 4.119, em 1962, que regularizou a profissão de psicólogo no país, a qual formalizou somente uma função privativa do psicólogo, qual seja: a utilização de métodos e técnicas psicológicas para fins de diagnóstico psicológico, orientação e seleção, orientação psicopedagógica e solução de problemas de ajustamento. (Resolução Conselho Federal de Psicologia-CFP nº 009, de 25 de abril de 2018).

De acordo com a Resolução nº 31/2022 em seu §1º: a Avaliação Psicológica é um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, composto de métodos, técnicas e instrumentos, com o objetivo de prover informações à tomada de decisão, no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas. Já em seu Art. 7º a diferencia dos testes psicológicos, dispondo que: os testes psicológicos têm como objetivos identificar, descrever, qualificar e mensurar características psicológicas, por meio de procedimentos sistemáticos de observação e descrição do comportamento humano, nas suas diversas formas de expressão, acordados pela comunidade científica. Traz como fundamental em seu Art. 39, que: na Avaliação Psicológica, o psicólogo (a) deverá considerar os princípios e artigos previstos no Código de Ética Profissional do Psicólogo e atender

aos requisitos técnicos e científicos definidos nesta Resolução. Assim, a conduta ética deve estar fundamentada nos direitos humanos, enfatizando a responsabilidade na construção da justiça social em variados contextos e na dignidade da atuação profissional (Resolução nº 10/2005).

Segundo Noronha e Reppold (2010) a avaliação é necessária em diferentes contextos de atuação, pois fornece valiosas informações dos aspectos psicológicos dos processos avaliados, como também colabora para uma atuação mais apurada e exata. De acordo com Hutz, Bandeira e Trentini (2015), a avaliação psicológica é uma área complexa com interfaces e aplicações em todas as áreas de psicologia. Sendo assim, não se deve começar um procedimento, com pessoas ou grupos, em nenhuma área da psicologia sem um diagnóstico ou uma avaliação inicial. Entretanto, Vilemor-Amaral e Resende (2018), destacam a possibilidade de que um processo de avaliação psicológica apresente um caráter iatrogênico, desperdiçando o seu potencial transformador. Tais autores entendem por efeito iatrogênico quando resulta em algum prejuízo para o bem-estar do avaliando, terminando com ele sentindo-se mal compreendido e/ou envergonhado de suas dificuldades, bem como totalmente desacreditado dos profissionais da Psicologia, isto é, causa malefício em detrimento de benefício.

Avaliação psicológica em adolescentes em conflito com a lei

Para Dell’Aglío (2021) a avaliação psicológica infantojuvenil auxilia na identificação precoce de problemas de desenvolvimento, relacionais, sociais, cognitivos e emocionais, apontando também para os pontos fortes e potencialidades. Conjuntamente, as informações contribuem para a elaboração de intervenções mais apropriadas e eficientes; porém a avaliação dessas pessoas não pode ser realizada a partir de mera transposição de técnicas utilizadas tradicionalmente com adultos Pacheco e Cauduro (2021), referem que este tipo de avaliação envolve processos específicos, principalmente relativos ao diagnóstico de transtornos mentais, pois é imprescindível considerar que esses indivíduos se encontram em pleno desenvolvimento. Sendo assim, estão vivenciando uma série de modificações cognitivas, motoras, emocionais e comportamentais em um breve espaço temporal, sendo que condutas típicas podem ser inadvertidamente serem consideradas atípicas por pais, professores e clínicos. Nesse sentido, é importante que os instrumentos

sejam apropriados à faixa etária, às competências de avaliação do profissional e à gravidade do transtorno explicam que estudos com esse público requerem métodos acessíveis e adaptações referentes aos meios de coleta, postura do pesquisador e envolvem vários elementos burocráticos (Pacheco e Cauduro, 2021).

Além disso, por fim, a avaliação deste público apresenta como diferencial a necessidade de consentimento dos pais ou responsável, conforme dispõe o Art. 8º do Código de Ética do Psicólogo (Cepp) (CFP, 2005), e pela Resolução CFP nº 11/2018, os quais apresentam que, todo e qualquer atendimento de crianças e adolescentes necessita de expreso consentimento de ao menos um dos responsáveis legais. Habigzang et al (2021) acrescentam que um dos maiores desafios relativos a este segmento populacional é que a avaliação demanda disposição para avaliar familiares, professores e outras pessoas que fazem parte do convívio.

Em relação ao adolescente em conflito com a lei, incluindo os que se encontram em privação de liberdade, além desses elementos, Zanini e Muniz (2021) pontuam que é primordial observar os condicionantes sociais e o contexto que pode impactar a história momentaneamente ou gradativamente no fenômeno psicológico observado, de modo a realizar a interpretação mais justa e verdadeira dos resultados. Isso porque no contexto brasileiro as condicionantes sociais não são as mesmas para os diferentes grupos, pois existe uma desigualdade revelada em distintos modos como gênero, etnia, parentalidade, nível socioeconômico, entre outros. Este aspecto encontra-se em consonância com o seguinte princípio basilar: “o psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural (CFP, 2005).

Considerações Finais

A compreensão da adolescência como uma etapa singular do desenvolvimento humano e como um fenômeno social complexo evidencia a necessidade de abordagens interdisciplinares que contemplem suas múltiplas dimensões: biológicas, psicológicas, sociais, culturais e legais. Trata-se de um período sensível para a aquisição de habilidades socioemocionais, mas também de vulnerabilidade para problemas de saúde mental. Estudos têm indicado maior prevalência de transtornos mentais em adolescentes privados de liberdade, com possibilidade de

agravamento dos sintomas devido às condições de internação. Isso porque quando inseridos no contexto do sistema socioeducativo, especialmente em situações de privação de liberdade, esses adolescentes encontram-se expostos a fatores adicionais de vulnerabilidade, que podem intensificar fragilidades prévias e demandar respostas institucionais mais sensíveis, qualificadas e integradas.

A saúde mental, tema central na discussão sobre adolescentes privados de liberdade, emerge como dimensão indispensável para a compreensão dos impactos emocionais, comportamentais e psicossociais decorrentes tanto das trajetórias de vida marcadas por fatores de risco ao pleno desenvolvimento, quanto por experiências institucionais adversas. A prevalência de sintomas de desregulação emocional, depressão e risco de suicídio entre essa população reforça a urgência de ações preventivas, terapêuticas e de cuidado contínuo, capazes de promover o desenvolvimento integral e reduzir agravos.

A análise das medidas socioeducativas, especialmente da internação, revela que, embora o marco legal brasileiro estabeleça diretrizes pautadas na proteção integral e no caráter pedagógico das intervenções. A materialização desses princípios depende da efetivação de práticas consistentes, sustentadas por políticas públicas robustas e por uma atuação técnica alinhada aos direitos humanos. Assim, refletir sobre adolescência, conflito com a lei e saúde mental exige compreendê-lo como sujeito de direitos, em condição peculiar de pessoa em desenvolvimento e que a resposta estatal deve garantir condições de acolhimento, proteção e oportunidades reais de transformação. Somente por meio de políticas articuladas, práticas humanizadas e do reconhecimento da complexidade que constitui essa fase do ciclo vital será possível construir caminhos efetivos de socioeducação e reintegração social.

Nesse contexto, a avaliação psicológica vem a contribuir com o melhor atendimento desses adolescentes e para o fortalecimento do sistema socioeducativo, por oferecer instrumentos e métodos de investigação sistematizados que possibilitam a identificação de aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais que permitem uma avaliação precoce, precisa e individualizada. Nesse sentido, possibilita subsidiar ações institucionais interventivas, implantação e/ou implementação de programas de promoção da saúde mental, redução de agravos e/ou de prevenção ao suicídio em unidades socioeducativas aos adolescentes em cumprimento de medida de internação. Cabe ressaltar que, nestes casos,

além da necessidade de observação dos instrumentos, processos, procedimentos e legislações específicos que versam sobre a avaliação psicológica em adolescentes, é fundamental observar os condicionantes sociais e o contexto que pode impactar a história momentaneamente ou gradativamente no fenômeno psicológico observado, com vistas a realizar a interpretação mais justa e verdadeira dos resultados sobre tais adolescentes.

Referências

- Alves, M. S., Rissato, D., & Arcoverde, M. A. M. (2020). Direito à saúde dos adolescentes em conflito com a lei em privação de liberdade. Trabalho completo apresentado no II Congresso Internacional de Humanidades nas Fronteiras: Controvérsias Contemporâneas.
- Amaral, A. P., Sampaio, J. U., Matos, F. R. N., Pocinho, M. T. S., Mesquita, R. F., & Sousa, L. R. M. (2020). Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção. *Enfermería Global*, 19(3), 1-35.
- Bandeira, M. A. S. (2022). O adolescente em conflito com a lei: Do ato infracional à execução das medidas socioeducativas. Ilhéus, Bahia: Editus.
- Brasil. (2023). [Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania]. SINASE – Levantamento Anual. Brasília, Distrito Federal: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/LevantamentoSINASE2023.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2022). Resolução n. 31, de 15 de dezembro de 2022. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga a Resolução CFP nº 09/2018. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-31-2022-estabelece-diretrizes-para-a-realizacao-de-avaliacao-psicologica-no-exercicio-profissional-da-psicologa-e-do-psicologo-regulamenta-o-sistema-de-avaliacao-de-testes-psicologicos-satepsi-e-revoga-a-resolucao-cfp-no-09-2018>

- Corrêa, H. (Org.). (2022). *Tratado de suicidologia*. Belo Horizonte, Minas Gerais: Editora Ampla.
- Costa, A. C. G. (2001). *Pedagogia da presença: Da solidão ao encontro*. Belo Horizonte, Minas Gerais: Malheiro.
- Costa, N. D. R., & Silva, P. R. F. D. (2017). A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1467-1478.
- Dell'Aglio, D. D. (2021). Prefácio. In M. M. Alves, M. Muniz, D. S. Zanini, & M. N. Baptista (Orgs.), *Avaliação psicológica na infância e adolescência* (Coleção Avaliação Psicológica). Editora Vozes.
- Dumas, J. E. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência*. Porto Alegre: Artmed.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (2001). The role of emotional regulation in social functioning. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 357-370). New York, New York: Guilford Press.
- Fundação ABRINQ. (2022). *Cenário da Infância e Adolescência no Brasil*. Grupo Cocktail. https://fadc.org.br/sites/default/files/2022-03/cenario-da-infancia-e-adolescencia-no-brasil-2022_0.pdf
- Freitas, B. A., Mendes, C. K. N. G., Freitas, D. M. M., Silva, C. R. B., Costa, M. L. M., Ribeiro, A. B. S., Castro, V. H. S., & Custódio, L. L. (2020). Fatores associados à depressão em adolescentes: Uma revisão integrativa. In R. F. Oliveira, L. C. C. Farias, & E. P. Morais (Orgs.), *Saúde mental: Aspectos ocupacionais e psicossociais* (pp. 17-25). Belo Horizonte, Minas Gerais: Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.36229/978-65-5866-004-0.CAP.02>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Habigzang, L. F., Foschiera, L. N., & Lawrenz, P. (2021). Avaliação de crianças e adolescentes. In M. Mansur-Alves, M. Muniz, D. S. Zanini, & M. N. Baptista (Orgs.), *Avaliação psicológica na infância e adolescência* (pp. 351–369). Editora Vozes. (Coleção Avaliação Psicológica).

- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York, New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G. (2023). *Emoção em Terapia: da Ciência à Prática*. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Artmed.
- Hutz, C. S. (2015). Questões éticas na avaliação psicológica. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Orgs.), *Psicometria* (pp. 165–173). Artmed.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. IBGE. <https://sidra.ibge.gov.br/>
- Komatsu, A. V., & Bazon, M. R. (2021). Avaliação de risco de violência em adolescentes. In M. Mansur-Alves, M. Muniz, D. S. Zanini, & M. N. Baptista (Orgs.), *Avaliação psicológica na infância e adolescência* (pp. 370–391). Editora Vozes. (Coleção Avaliação Psicológica).
- Krishna, B. K., & Witchel, S. F. (2024). Normal puberty. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 53(2), 183-194. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2024.01.001>
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental* (I. H. Oliveira, Tradução). Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Artmed.
- Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm
- Lei n. 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude

– SINAJUVE. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112852.htm

Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13819.htm

Lexikon Editora Digital. (2024). Dicionário Aurélio on-line de Língua Portuguesa. <https://dicionario.aurelio.com>

Maciel, E. A. W., Guimarães, K. G., & Alvarenga, K. A. F. (2021). O impacto da puberdade no desenvolvimento humano. In D. M. Miranda & L. F. Malloy-Diniz (Orgs.), *O adolescente* (pp. 19-35). São Paulo, São Paulo: Hogrefe.

Maiotti, Á. S., & Souza, D. R. (2022). Pensar as relações entre saúde e educação: A escola como ponto de encontro entre saúde mental e adolescência. In T. S. Gusmão Cardoso & C. B. de Mello (Orgs.), *Cognição social e regulação emocional na infância e adolescência* (pp. 83-97). São Paulo, São Paulo: Pontes Editores.

Miranda, D. M., & Malloy-Diniz, L. F. (2021). *O adolescente*. São Paulo, São Paulo: Hogrefe.

Noronha, A. P. P., & Reppold, C. T. (2010). Considerações sobre a avaliação psicológica no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(núm. esp.), 192–201.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2019). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11)*. (11a ed.). [Geneva, Switzerland]: OMS.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). (2024). *Saúde do adolescente*. Washington, District of Columbia: OPAS. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-do-adolescente>

Outeiral, J. (2003). *Adolescer: Estudos revisados sobre adolescência*. (2a ed.). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Revinter.

Pacheco, J. T. B., & Cauduro, G. N. (2021). Transtornos mentais comuns no desenvolvimento de crianças e adolescentes. In M. M. Alves, M. Muniz, D. S. Zanini, & M. N. Baptista (Orgs.), *Avaliação*

psicológica na infância e adolescência (Coleção Avaliação Psicológica). Editora Vozes.

Palacios, J., & Oliva, A. (2007). A adolescência e seu significado evolutivo. In C. Coll, Á. Marchesi, & J. Palacios (Colabs.), Desenvolvimento psicológico e educação (pp. 309-323). Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Artmed.

Paraná. (2018). [Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos]. Resolução n. 170 GS/SEJU, de 12 de dezembro de 2018. Regulamenta os encaminhamentos preventivos a serem realizados pelas equipes das unidades socioeducativas quando do recebimento de adolescentes com sinais de sofrimento mental e/ou diagnóstico de transtornos mentais, bem como ideação suicida, e institui mecanismos de monitoramento dos casos identificados.

https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-12/resolucao_170.2018_-_gs-seju-2.pdf

Paraná. (2020). [Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho do Paraná]. Resolução n° 300, de 23 de outubro de 2020. Regulamenta os procedimentos de solicitação para a realização de pesquisa nos Centros de Socioeducação e Casas de Semiliberdade da Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho.

https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-08/resolucao_de_pesquisa_n_300-2020_sejuf.pdf#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%20300%20%E2%80%93%2023%20DE%20OUTUBR%20O,os%20procedimentos%20de%20solicita%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20realiza%C3%A7%C3%A3o

Portaria n. 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado...

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html

Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso

de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006 ... <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>

- Rissato, D., Arcoverde, M. A. M., & Alves, M. S. (2021). A assistência integral à saúde dos adolescentes privados de liberdade no Brasil: Avanços e limites. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10(11), e529101120030.
- Rissato, D., Monteiro, A. D., Campos, M. C., & Arcoverde, M. A. M. (2024). Atenção integral à saúde mental dos adolescentes em conflito com a lei em privação de liberdade: Uma avaliação sob a perspectiva dos profissionais do centro de atenção psicossocial infantojuvenil de Foz do Iguaçu. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 12(29), 19–44. doi: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2024.v.12.n.29.639>
- Schiavon, B. K., & Tracktenberg, S. G. (2021). A tomada de decisão e finanças na adolescência. In D. M. Miranda & L. F. Malloy-Diniz (Orgs.), *O adolescente* (pp. 101-114). São Paulo, São Paulo: Hogrefe.
- Silva, G. A. C., Ala, G. R., Pina, G. C., Teixeira, L. S., Jorge, L. A., & Silva Jr., G. M. N. (2019). Causas de depressão em crianças e adolescentes. *Resu - Revista Educação em Saúde*, 7(Supl. 1), 189-199.
- Silva, P. V. (2021). *Relação entre a qualidade do sono, a regulação emocional e a ansiedade: Estudo com adolescentes*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Autônoma de Lisboa. Lisboa.
- Silva Filho, O. C. D., & Minayo, M. C. D. S. (2021). Triplo tabu: Sobre o suicídio na infância e na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 2693-2698. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05482021>
- Shulman, E. P., Harden, K. P., Chein, J. M., & Steinberg, L. (2015). Diferenças de sexo nas trajetórias de desenvolvimento do controle de impulsos e busca de sensações do início da adolescência ao início da idade adulta. *Journal of Youth and Adolescence*, 44, 1-17. doi: <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0102-7>

- World Health Organization (WHO). (2021). Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. [Geneva, Switzerland]: WHO. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3bd4ac79-4347-420e-b675-948d36ab3d90/content>
- World Health Organization (WHO). (2023). Depression. [Geneva, Switzerland]: WHO. <https://www.who.int/pt/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization (WHO). (2024). Mental health strengthening our response. [Geneva, Switzerland]: WHO. <https://www.who.int/pt/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization (WHO). (2025a). Mental health of adolescents. [Geneva, Switzerland]: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization (WHO). (2025b). Suicide. [Geneva, Switzerland]: WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Xavier, A. S. (2021). Tecnologias em saúde mental junto a adolescentes: Guardiões da vida nas escolas. *Revista de Psicologia*, 12(2), 198-208.
- Zanini, D. S., & Muniz, M. (2021). Aspectos éticos na avaliação psicológica de crianças e adolescentes. In M. Mansur-Alves, M. Muniz, D. S. Zanini, & M. N. Baptista (Orgs.), *Avaliação psicológica na infância e adolescência* (pp. 183–197). Editora Vozes. (Coleção Avaliação Psicológica).

A cor do cuidado: raça/etnia e seus efeitos na Atenção Primária do SUS

*Julia Gindre Soreano Lopes
Jefferson Olivato da Silva*

Introdução

Este capítulo se propõe a explorar como o determinante raça/etnia se relaciona com os atendimentos ofertados pela Atenção Primária à Saúde (APS), à luz da Psicologia Social inspirada pelos estudos de Scarcelli (2016), Paiva (2017) e Santos (2012), que se debruçam sobre a interface entre psicologia social e saúde.

O processo histórico de formação do Brasil, marcado por práticas cruéis, desumanas e desumanizantes direcionadas a pessoas negras e indígenas, se reflete hoje no racismo que atravessa as relações sociais de múltiplas formas. Em Wilkinson (2022) e Gonzalez (2021), o racismo é definido como um sistema que organiza vantagens e desvantagens com base na raça.

Entre suas expressões, o racismo estrutural atua influenciando grupos e instituições, naturalizando a discriminação racial no cotidiano (Almeida, 2019). Já o racismo institucional, como aponta Bento (2014), se manifesta em normas, práticas e políticas que, à primeira vista, parecem neutras, mas que, examinadas com atenção, principalmente por meio de dados objetivos, revelam-se produtoras de privilégios para determinados grupos e de desvantagens para outros.

Assim, pensar as questões raciais exige compreender o papel da colonização na constituição das relações de poder que ainda hoje se impõem, especialmente considerando que a branquitude se consolidou como padrão social, assumindo um lugar de suposta neutralidade diante de outras raças e etnias (Alves, 2010).

A partir do exposto, será utilizado aqui o termo pessoa não branca em referência às pessoas que não se beneficiam do privilégio da

“neutralidade racial”, considerando especialmente dentro deste grupo pessoas negras, quilombolas, indígenas e imigrantes.

Raça e etnia são conceitos diferentes, mas não completamente separados; ambos implicam relações de poder, tendo a branquitude lugar de destaque (Silveira et al., 2021). Etnicidade, por sua vez, remete à origem das pessoas, relacionando-se a costumes, linguagens e crenças (Siqueira, 2014). Já raça é uma construção social que envolve questões fenotípicas e atribuições simbólicas construídas coletivamente. Essas atribuições podem conduzir as pessoas à individualidade (Gonçalves, 2017) ou conectá-las na condição de grupo (Santos, 2012).

Considerando o processo de exploração colonial que culminou na pauperização e desvalorização social dessas populações, direitos básicos lhes foram negados ao longo de muitos anos. Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), também chamada de Constituição Cidadã por marcar o fim do regime militar, garantiu o direito à saúde para todas as pessoas, compreendendo que esta representa uma condição inegociável para o exercício da cidadania (Silva et al., 2015).

Essa garantia possibilitou o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990 (Brasil, 1990). O SUS visa garantir acesso gratuito a serviços de saúde de qualidade, representando um importante avanço no âmbito da saúde coletiva (Camilo et al., 2021). O sistema é regido pelos seguintes princípios doutrinários: universalidade, que coloca a saúde como um direito de todas as pessoas; integralidade, que compreende a saúde de forma global e complexa, incluindo promoção, prevenção e reabilitação; e equidade, que defende que a oferta de serviços deve atender às diferentes realidades e necessidades de cada usuária(o) ou grupo (Borret et al., 2020).

O SUS se organiza em níveis de complexidade, sendo a Atenção Primária à Saúde a porta de entrada preferencial. Isso porque ela possui o papel de prezar pela proteção e prevenção de agravos à saúde, diagnósticos, tratamentos, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (Ministério da Saúde, 2012). Como estratégia de acesso, foram instituídas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), espaços físicos onde ocorrem os atendimentos da APS. Estas devem se localizar próximas às residências das pessoas atendidas, a fim de facilitar o acesso e a acessibilidade, conceitos que, embora conectados, se diferem: o primeiro se refere à oferta do serviço; o segundo, à possibilidade real de utilização, considerando aspectos e recursos das(os) usuárias(os) (Trad et al., 2012).

Portanto, as UBSs têm o poder de facilitar ou dificultar a acessibilidade das pessoas não brancas aos serviços de saúde. Além disso, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constituem-se como espaços de formação continuada para colaboradoras(es) do SUS, buscando o constante aprimoramento das práticas de cuidado (Ministério da Saúde, 2012).

Por isso, pesquisas sobre os atravessamentos de raça/etnia nesse serviço têm o potencial de direcionar esse aprimoramento, no sentido de garantir um atendimento equânime e humanizado. Além disso, ao desenvolver conhecimento no campo da Psicologia Social em saúde, partindo de uma compreensão de pessoa que é histórica e subjetivamente atravessada por um contexto social e coletivo, o debate aqui proposto busca promover a desconstrução do paradigma individualizante, comum em espaços de pesquisa e atuação em saúde. Esse paradigma se caracteriza por ser acrítico, apolítico e culpabilizador, além de comprovadamente ineficaz no campo da prevenção em saúde.

Nesse sentido, este capítulo procura demonstrar os efeitos da racialidade nas ações da atenção básica do SUS, tomando como parâmetro quatro grupos: pessoas negras, quilombolas, imigrantes haitianas(os) e indígenas. Busca-se analisar, por meio de uma revisão integrativa, como o determinante raça/etnia impacta o processo de cuidado recebido pelas pessoas usuárias da atenção primária do SUS.

Método

A coleta de dados para construção desta revisão se deu por meio de levantamento bibliográfico realizado nas plataformas SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), utilizando os descritores “raça AND saúde AND atenção primária”, considerando um período de dez anos. A pesquisa foi realizada em 6 de maio de 2022.

A partir da busca na base SciELO, obtivemos 8 resultados, enquanto na BVS foram encontrados 62 artigos. Desses, 4 apresentaram duplicidade, totalizando 66 resultados. Inicialmente, 2 trabalhos foram excluídos por não se tratar de artigos publicados em revistas acadêmicas, correspondendo a uma dissertação e uma tese. Após a leitura dos títulos, 31 textos foram excluídos por não responderem à pergunta de pesquisa:

“Como o determinante raça/etnia atravessa o atendimento prestado pela Atenção Primária à Saúde?”

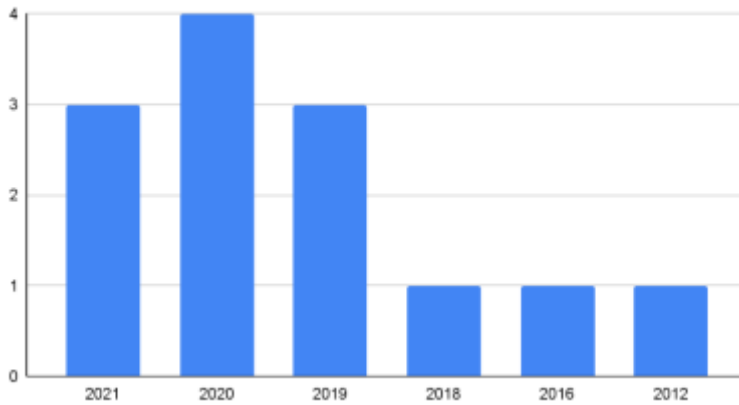
Após lermos os resumos, outros 20 textos foram excluídos, igualmente por não responderem à pergunta de pesquisa, restando 13 para leitura integral. Os 13 textos foram considerados relevantes para aprofundamento no tema, integrando o corpo desta revisão. Livros e outros textos pertinentes também foram incorporados como referencial teórico. Para aprofundamento no debate entre psicologia social e saúde, utilizamos escritos de Scarcelli (2016), Paiva (2017) e Santos (2012). Já para o debate étnico-racial, nos embasamos nas pesquisas de Bento (2014), Almeida (2019), Alves (2010), Souza (1983) e Fanon (1952/2020), que permitiram articular os conceitos de racismo institucional, racismo cotidiano e constituição social da pessoa negra frente aos serviços de saúde.

Os dados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, cujo enfoque é compreender vivências subjetivas, percepções e fenômenos humanos. Essa técnica é composta pelas seguintes etapas: pré-análise, na qual realizamos uma leitura atenta do material; exploração do material, a partir da qual buscamos categorias que orientaram a organização dos achados; e, por fim, a fase de interpretação, na qual realizamos inferências fundamentadas no referencial teórico utilizado (Minayo, 2007).

Resultados e Análise

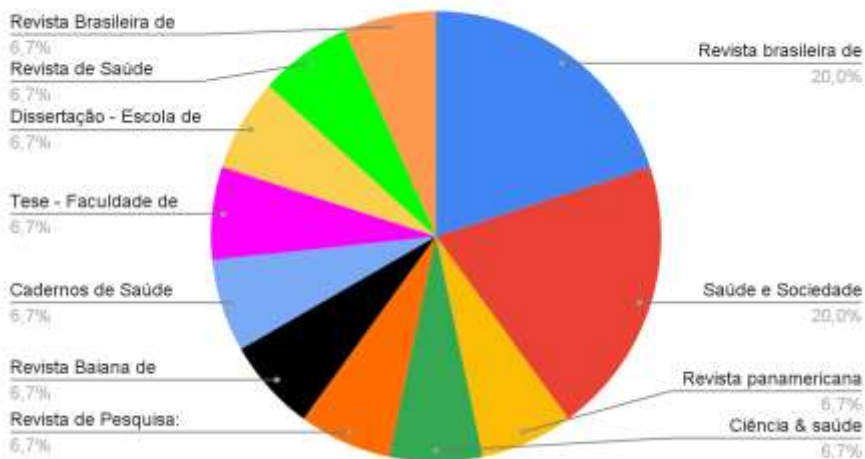
Analisamos ao todo 13 trabalhos, com publicações abrangendo os anos de 2021, 2020, 2019, 2018, 2016 e 2012. A maioria dessas publicações concentra-se nos anos de 2021, 2020 e 2019. O aumento progressivo do número de publicações ao longo dos últimos anos evidencia a crescente relevância da temática e o interesse despertado entre pesquisadoras(es). O gráfico a seguir apresenta a distribuição das publicações ao longo dos anos.

Gráfico 1 - Ano de Publicação dos Artigos



Considerando as revistas de publicação, é possível perceber que a maioria dos trabalhos foi publicada em duas revistas principais: Saúde e Sociedade (Impresso) e Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, cada uma com três artigos. Além dessas, foram encontrados artigos em outras revistas, como Revista Panamericana de Salud Pública, Ciência & Saúde Coletiva (Impresso), Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online), Revista Baiana de Enfermagem, Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública e Revista Brasileira de Enfermagem, cada uma com um artigo. O Gráfico 1, a seguir, demonstra de forma detalhada as publicações das obras consultadas.

Gráfico 2 - Artigos por Revista



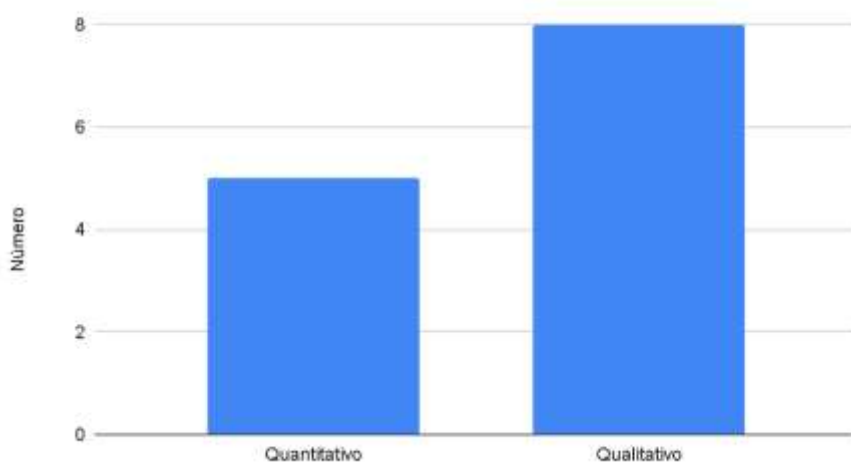
Ao analisar os dados, foi possível observar que a temática em questão tem sido explorada principalmente por periódicos e pesquisadoras(es) da área da saúde, saúde coletiva e áreas correlatas. Por outro lado, constata-se uma abordagem menos frequente por parte da psicologia, psicologia social, antropologia e sociologia. Importante considerar, porém, que a busca não ocorreu em bases de dados específicas dessas áreas; portanto, uma nova pesquisa focada em revistas de psicologia social, antropologia e sociologia poderia trazer resultados diferentes e válidos para compreender como esses campos têm abordado a questão.

Os estudos apresentaram diversas metodologias, sendo a análise documental a abordagem principal em quatro pesquisas. Identificamos também dois trabalhos baseados em estudo de caso e dois em entrevistas. Além disso, algumas pesquisas utilizaram abordagens diversas, como observação participante, pesquisa-intervenção, relato de experiência, revisão integrativa de literatura, estudo transversal, análise temática e estudo etnográfico. Foram identificadas pesquisas de natureza teórica e aplicada, sendo a primeira majoritária, com um total de 8 estudos, enquanto a segunda contou com 5 estudos.

Ao considerar o delineamento das pesquisas, observamos uma predominância de abordagens qualitativas, conforme demonstrado no Gráfico 2, com oito estudos adotando essa perspectiva. Por outro lado,

identificamos cinco estudos com abordagens quantitativas. Essa distribuição pode ser visualizada no gráfico abaixo.

Gráfico 3 - Delineamento de Pesquisa



Analisando a diferença entre os estudos quantitativos e qualitativos em meio ao material bibliográfico utilizado, entendemos que a diversidade de metodologias reflete a complexidade da temática em questão, permitindo sua abordagem sob diferentes perspectivas. No entanto, é importante destacar que, apesar da variedade metodológica, os estudos convergiram para um resultado similar: a constatação de que a raça/etnia de pessoas não brancas impacta negativamente o cuidado em saúde oferecido a essas populações.

Dividimos a análise do material bibliográfico em três tópicos, que representam os pontos de convergência mais relevantes encontrados nos artigos e que foram definidos de forma a permitir melhor organização das temáticas.

O primeiro tópico, intitulado “A problemática do processo saúde/doença de pessoas negras”, explora as relações de poder que permeiam o processo saúde/doença no contexto racial, utilizando as contribuições de Paiva (2017) e Silveira et al. (2021).

O segundo tópico, denominado “A problemática do processo saúde/doença entre as pessoas imigrantes”, discute as afetações produzidas pela discriminação contra imigrantes nos espaços de saúde,

tanto no lugar de pessoas usuárias quanto no de profissionais da APS. Para abordar essa questão, utilizamos os escritos de Zanatta, Siega, Hanzen e Carvalho (2020), Dattoli, Lúcio e Chaves (2019) e Comes, Pereira, Simas, Ribeiro, Vivas e Rosales (2020).

O terceiro e último tópico, intitulado “A problemática do processo saúde/doença entre os povos indígenas e quilombolas”, analisa os indicadores de saúde das populações indígenas e quilombolas, compreendendo-os como reflexos da qualidade do cuidado em saúde prestado a essas populações. A discussão é embasada nas obras de Durand e Heidemann (2020); Trad et al. (2012); Paiva (2017); Marinho, Borges, Paz e Santos (2019) e Farias, Leite, Siqueira e Cardoso (2019).

A Problemática Do Processo Saúde/Doença Das Pessoas Não Brancas

A partir da pesquisa em psicologia social, reconhecemos que há uma determinação mútua entre a estrutura social e o individual (Scarcelli, 2016). Esse olhar estende-se também aos processos de saúde, uma vez que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em consonância, reconhece a saúde como multifatorial. Assim sendo, as dinâmicas raciais agem sobre ela, e, portanto, faz-se preciso pesquisar os desdobramentos desse atravessamento.

Um desses atravessamentos se manifesta no fato de que apenas em 1996 o tópico raça/cor foi incluído no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (Borret et al., 2020). A demora para tal expõe a oclusão da raça/etnia na promoção à saúde. A inclusão deste dado nos cadastros de usuárias(os) da APS é imprescindível, pois possibilita a identificação dos determinantes de saúde da população não branca, bem como os agravos que atingem essas populações especificamente, permitindo o desenho de políticas públicas a partir das demandas sociais, isto é, da concretude do cotidiano dessas populações.

Ainda assim, o direito à autodeclaração racial encontra desafios importantes ao seu cumprimento, como a resistência das(os) profissionais de saúde em perguntar sobre a raça e o desconforto por parte das(os) usuárias(os) ao tratar desse tema. De acordo com Silveira et al. (2021), esse estranhamento por parte da pessoa usuária deve-se à complexidade que o

reconhecimento de raça/etnia pode trazer à tona, revelando sua posição de inferioridade na hierarquia social.

Os efeitos dessa dinâmica são apontados também nas pesquisas de Farias et al. (2019) e de Matos e Tourinho (2018), nas quais o único dado em que foi identificada incompletude no preenchimento refere-se à raça/cor.

Dattoli et al. (2019) indicam ainda que alguns sistemas tendem a preencher automaticamente a identificação racial como branca quando essa informação não é fornecida. Entendemos que esse fenômeno ilustra a neutralidade que a branquitude assume frente a outras raças/etnias.

O próprio processo de formação em saúde, que privilegia o conceito biomédico, manifesta-se como um desafio ao debate racial, já que exclui as questões emocionais e sociais do processo saúde/doença (Silveira et al., 2021). Mesmo considerando a atuação da psicologia no campo do SUS, é possível encontrar um cenário em que a adoção de práticas individualizantes se torna comum, práticas que negam os efeitos das questões raciais, sociais e políticas em seu fazer, responsabilizando a(o) sujeita(o), em sua personalidade, pela situação de sofrimento e até mesmo pelo adoecimento (Oliveira & Costa, 2018).

No campo da saúde pública, o apagamento das questões étnico-raciais se faz ainda mais grave, já que dados da Política Nacional de Saúde (PNS) apontam para uma dependência maior entre pessoas negras, do que entre pessoas brancas, dos serviços do SUS, sendo as primeiras quase 80% contra 61,2% das segundas. Essa situação relaciona-se à desigualdade econômica vivida pelas pessoas não brancas, em especial, neste caso, pelas pessoas negras (Silveira et al., 2021).

Contrariamente a uma visão individualizante, a crítica que se apresenta refere-se ao conjunto de problemas sociais, econômicos e políticos ocasionados pelo modo de produção capitalista, que culminaram no empobrecimento da classe trabalhadora. Dessa forma, as políticas sociais foram criadas a fim de oferecer suporte àquelas(es) que não atingem as condições materiais mínimas para a sobrevivência. Assim, mesmo que o SUS não seja um serviço destinado exclusivamente às populações pobres, acaba por receber demandas diretamente relacionadas a pessoas em condições sociais desfavorecidas, sendo essas, em sua maioria, pessoas não brancas (Oliveira & Costa, 2018).

Vimos, então, que a Constituição Federal (1988) garante a saúde como direito de todos; porém, ainda assim, pessoas não brancas não recebem a mesma qualidade de serviços prestados à população branca (Borret et al., 2020). As(os) autoras(es) apontam que a transformação dessa realidade enfrenta diversos obstáculos, entre eles a ausência do debate sobre raça/etnia nos serviços de saúde e na formação das pessoas trabalhadoras do SUS.

De acordo com Oliveira e Kubiak (2019), uma possibilidade de reversão dessa situação estaria em andamento por meio do aumento da inclusão de estudantes e profissionais de saúde não brancas(os), decorrente das cotas raciais adotadas pelas universidades, que têm potencial para produzir mudanças significativas nesse cenário ao longo do tempo.

Enquanto isso não ocorre, os efeitos da raça/etnia seguem estendendo-se também sob uma perspectiva de gênero, uma vez que 70% das mulheres brancas conseguem completar sete ou mais consultas de pré-natal, enquanto as mulheres negras não chegam nem à metade desse número. Essa ausência promove afetações reais, fazendo com que agravos perinatais figurem entre as principais causas de mortalidade infantil entre crianças negras (Matos & Tourinho, 2018).

De acordo com Cobo, Cruz e Dick (2021), homens brancos têm maiores chances de procurar atendimentos privados de saúde, enquanto mulheres brancas buscam mais por serviços públicos e recebem mais consultas em comparação às mulheres negras. No entanto, como apontam Jesus e Monteiro (2016), a esterilização cirúrgica é o procedimento médico mais praticado nos corpos femininos negros.

Diante desse cenário, fica evidente que o processo saúde/doença das pessoas não brancas permanece profundamente atravessado por desigualdades estruturais que determinam quem tem acesso ao cuidado e em quais condições esse cuidado acontece. Essas barreiras no acesso se estendem também sob uma perspectiva de gênero, sendo as mulheres negras determinadamente afetadas por repetidas situações de violação e negação do direito à saúde.

A Problemática Do Processo Saúde/Doença Entre As Pessoas Imigrantes

Os movimentos de imigração ao longo da história recente, marcados principalmente pelo terremoto no Haiti em 2010, pela crise na Venezuela em 2019, pela guerra na Ucrânia iniciada em 2022 e pela crise humanitária decorrente dos conflitos entre Israel e Palestina asseverada em 2023, vêm provocando mudanças sociodemográficas e culturais importantes. Nesse cenário, o Brasil tem se destacado como um destino frequente dentro da América Latina no movimento migratório. Essa realidade desafia a capacidade do Estado de garantir a universalidade do acesso à saúde.

De acordo com Dattoli et al. (2019), o “efeito da(o) imigrante saudável” aponta para as condições de saúde das(os) imigrantes, que chegam ao Brasil em boas condições, mas têm sua saúde deteriorada ao longo da estadia. Essa conclusão relaciona-se aos desafios enfrentados, como condições de trabalho insalubres, pobreza e situações culturais adversas.

A barreira linguística e as diferenças culturais surgem nos estudos de Dattoli et al. (2019) e Zanatta et al. (2020) como prejudiciais tanto ao acesso de imigrantes a serviços de saúde quanto à qualidade desses serviços. Ambos os estudos indicam situações em que as(os) profissionais de saúde percebem o atendimento a estas pessoas como desafiador, uma vez que permeado por barreiras sociais e linguísticas.

Outra concomitância apontada pelos estudos é o fato de imigrantes apresentarem certa resistência em utilizar a APS, preferindo recorrer a serviços de emergência já em situações de maior gravidade. Para Dattoli et al. (2019), a razão desse fenômeno é o caráter mais direto e imediato dos atendimentos de urgência, que, ao reduzirem a burocracia, diminuem também as barreiras linguísticas e culturais já mencionadas.

Os efeitos da raça/etnia não se restringem às pessoas usuárias da APS, sendo também as(os) profissionais de saúde vítimas de discriminação racial. Em 2013, ocorreu a implementação do programa “Mais Médicos”, que visava reduzir filas decorrentes da falta de profissionais na APS. Contudo, a chegada das(os) médicas(os) cubanas(os) gerou grande polêmica, trazendo à tona situações de preconceito, racismo e xenofobia. Comes et al. (2020) observaram que o preconceito contra essas(es)

profissionais teve um importante viés racial, pois a cor de suas peles era associada à incompetência.

Esses dados reforçam a premissa de que pessoas não brancas são frequentemente colocadas em posição de inferioridade, desumanizadas e, neste caso, descredibilizadas. Santos (1983) considera que, no campo psicossocial, uma das “soluções” encontradas por algumas pessoas negras foi a aproximação da branquitude para alcançar o status de pessoa. Assim, ser branco assume um papel de fetiche, associado à ideia de beleza, inteligência e eficiência (Souza, 1983). Sobre isso, Fanon (1952/2020) aponta para a internalização de estereótipos raciais por parte das(os) sujeitas(os) negras(os), forçando-as(os) a adotar máscaras brancas para se adequar às normas dominantes como forma de escapar do estigma racial.

Zanatta et al. (2020) reconhecem a necessidade de um olhar sensível às diferenças culturais ao trabalhar com imigrantes. Contudo, afirmam ser comum que profissionais imponham sua visão sobre a pessoa atendida, indo na contramão da humanização em saúde. Alertam ainda para discursos de profissionais que tratam a pessoa haitiana imigrante como inferior, comprometendo a qualidade do cuidado ofertado.

Ainda em Zanatta et al. (2020), ao analisar o atendimento prestado pela APS à população haitiana, o estudo aponta que, por ser o sistema de saúde no Haiti predominantemente privado, muitas pessoas desenvolvem técnicas de cuidado caseiro para evitar a busca por atendimentos custosos. Essa característica dificulta ainda mais a adesão às ações de cuidado e prevenção.

Zanatta et al. (2020) indicam que a população haitiana imigrante corresponde a um grupo socialmente vulnerável, enfrentando fragilidade socioeconômica, trabalhos insalubres e moradias precárias. Mesmo reconhecendo os determinantes étnicos que atravessam o fazer saúde da pessoa haitiana residente no Brasil, as pesquisadoras não se propuseram a analisar os aspectos raciais específicos que permeiam essa vivência. Ao adotar a prática social do silenciamento sobre raça na saúde, negam que a raça seja um determinante específico para esse grupo, o que perpetua o mito da democracia racial, ideologia que defende a miscigenação e a ausência de raças ou racismo no Brasil (Nascimento, 2019).

Assim, compreendo que o cuidado em saúde destinado a pessoas imigrantes, ou sua própria ausência, configura um capítulo específico na análise das relações raciais que atravessam a garantia de direitos. Identifico

que esse cuidado precisa ser construído de forma comprometida com o debate étnico-racial, reconhecendo e nomeando as desigualdades produzidas pela raça nas relações sociais e na efetivação da política de saúde.

A Problemática Do Processo Saúde/Doença Entre Os Povos Indígenas e Quilombolas

Paiva (2017) defende que, ao analisar o processo saúde/doença, é preciso refletir sobre as relações de poder e interação social que atravessam a acessibilidade à saúde. Vulnerabilidades individuais e sociais estão conectadas; assim, a desproteção ao adoecer se faz maior em pessoas pobres e não brancas.

Tais relações de poder se refletem no processo saúde/doença da população quilombola. Este grupo pode ser descrito como vulnerável, marginalizado e frequentemente negligenciado pelo Estado. De acordo com Durand e Heidemann (2020), os índices de adoecimento e mortalidade dessa população são alarmantes, principalmente ao considerar a subnotificação ligada à exclusão da informação sobre a pertença étnica das pessoas quilombolas nos prontuários. Referente às questões socioeconômicas, observa-se que os efeitos da raça têm sido excluídos como determinantes no processo saúde/doença.

No estado do Paraná, território onde esta pesquisa se localiza, existem 36 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares; no entanto, a expectativa é de que esse número seja muito inferior à realidade, podendo chegar a 80 comunidades, correspondentes a cerca de 21 mil famílias (Martins, 2021). Tais números reafirmam a importância da inclusão e do correto preenchimento do quesito raça/cor, assim como da pertença étnica das(os) usuárias(os), a fim de construir políticas públicas eficazes no atendimento a essas pessoas.

A realidade retratada se expressa em uma dificuldade crescente de acesso da população quilombola a exames de rotina, além de uma grande prevalência de risco nutricional e de doenças como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus associadas a este. Com isso, Durand e Heidemann (2020) alertam para a presença inegável de práticas discriminatórias que atravessam o serviço prestado pela atenção básica e influenciam na vida e morte de suas(eus) usuárias(os).

Junto a essa comunidade, os princípios do SUS e da APS se mostram uma realidade distante, perpetuando uma perspectiva de cuidado biomédica reducionista. Além disso, os vínculos das(os) profissionais de saúde com a comunidade são frágeis, contrariando a proposta das UBS de promover proximidade com a comunidade (Durand & Heidemann, 2020).

Os quilombos, quase sempre localizados no campo, são de difícil acesso às instituições de ensino, saúde ou trabalho, visto que tais serviços são ausentes dentro das comunidades quilombolas. Neste contexto, analisar as relações raciais como conectadas aos efeitos da baixa escolaridade e do nível socioeconômico se faz necessário. Sobre isso, Trad et al. (2012) afirmam que a classe social, assim como a pertença étnica, está profundamente conectada, sendo vista como indissociável dentro dos processos de estigmatização.

É possível identificar essa intersecção ao analisar os parâmetros de saúde da população indígena, que enfrenta desafios semelhantes no que diz respeito ao acesso à saúde, renda e educação. Neste cenário, ações governamentais como a inauguração da Universidade Federal Indígena, criada em 2025 para garantir a formação de jovens indígenas, assumem relevância. Para isso, têm sido empregados modelos educacionais que fortalecem suas identidades e permitam o desenvolvimento de suas comunidades (Ministério da Educação, 2025).

Os efeitos dos desafios no acesso à saúde das pessoas indígenas podem ser identificados por meio da mortalidade infantil, um importante indicador das condições de vida de um país, por possibilitar, entre outros aspectos, avaliar a efetividade dos serviços de saúde ofertados. Em se tratando das populações indígenas, poucas pesquisas existem até o momento que se proponham a investigar esse indicador (Marinho et al., 2019).

Marinho et al. (2019) identificaram, tendo como base o Censo de 2010, que a taxa de mortalidade infantil nas populações indígenas é de até 67,7%, contra 38,4% da população não indígena. Em algumas regiões, como no caso da microrregião do Alto Solimões (AM), esse indicador chega à alarmante marca de 77%. Entre as causas de morte imperam doenças infecciosas, parasitárias e respiratórias, em sua maioria evitáveis.

Em consonância com o identificado por Marinho et al. (2019), o estudo de Silva, Silva e Borges (2025) partiu de 3.229 publicações com o objetivo de mapear o perfil epidemiológico da mortalidade em crianças

indígenas brasileiras menores de cinco anos; entretanto, dentre essas, somente 22 foram selecionadas com critérios de rigor metodológico, salientando a escassez de produções sobre a temática.

Entre essas publicações, as pesquisadoras identificaram discrepâncias expressivas nas taxas de mortalidade infantil: em alguns grupos, as crianças indígenas apresentavam risco de óbito muito superior ao observado entre não indígenas, variando significativamente conforme a etnia. O artigo destaca que essas taxas oscilam de 15,2 a 307,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos, evidenciando que a desigualdade se manifesta não apenas entre indígenas e não indígenas, mas também entre diferentes povos indígenas (Silva et al., 2025).

Apesar da variabilidade entre regiões e etnias, o estudo demonstra de forma consistente que crianças indígenas enfrentam riscos significativamente maiores de morte ou adoecimento por causas que poderiam ser prevenidas ou manejadas pela atenção primária em saúde. Assim, Silva et al. (2025) reforçam que a mortalidade infantil indígena está profundamente associada a desigualdades sociais, ambientais e assistenciais que atravessam todo o território nacional.

As pesquisadoras apontam fatores como dificuldade de acesso aos serviços de saúde, atraso na busca por atendimento e desafios territoriais nos DSEIs (Distritos Sanitários Especiais Indígenas) como contribuições para essas disparidades. Com isso, seus achados reforçam a presença de barreiras estruturais e sociais que atravessam o cuidado em saúde oferecido às populações indígenas.

Assim como Silva et al. (2025), Farias et al. (2019) investigaram as faltas cometidas pela APS no atendimento à população indígena. Para isso, analisaram as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), sendo este um indicador da efetividade do serviço prestado pela APS, pois avalia as internações que poderiam ter sido evitadas pelos serviços prestados por este nível de atenção. A partir do estudo de abrangência nacional, Farias et al. (2019) identificaram que crianças indígenas têm até cinco vezes mais chances de serem internadas por condições sensíveis à atenção primária em comparação às crianças não indígenas. Entre as causas dessas intervenções, destacam-se as doenças diarreicas, tendo uma prevalência 2,2 vezes maior dentro dessa população. Determinantes como a pobreza e a falta de saneamento básico se relacionam diretamente com o dado obtido.

A disparidade encontrada entre as taxas de mortalidade infantil da população indígena é mais um reflexo do racismo institucional, que se expressa na dificuldade de acesso aos serviços de puericultura e pré-natal. Além desse indicador, a população indígena enfrenta outros desafios ao tratar de sua saúde, como carências nutricionais, doenças infecciosas e agravos crônicos que se apresentam em queixas sobrepostas comuns neste cenário (Marinho et al., 2019).

Diante desse panorama, torna-se evidente que a saúde das populações indígena e quilombola segue profundamente marcada por desigualdades estruturais que operam tanto no acesso quanto na qualidade da atenção primária ofertada. Os estudos analisados convergem ao demonstrar que as discrepâncias nos dados de saúde não resultam apenas de vulnerabilidades biológicas ou territoriais, mas da persistência de um racismo institucional que limita direitos, fragiliza a prevenção e impede a efetividade do cuidado. Em síntese, a distância que separa pessoas indígenas e quilombolas de condições básicas de sobrevivência não é circunstancial: ela é produzida, sustentada e reiterada pelas mesmas estruturas que deveriam garantir proteção e equidade em saúde.

Considerações Finais

A partir da revisão bibliográfica realizada, foi possível verificar que o determinante raça/etnia interfere ativamente na qualidade e na quantidade do cuidado em saúde ofertado. Esse fato denuncia não apenas o descumprimento dos princípios do SUS, mas também a violação dos direitos civis garantidos pela Constituição.

Por muito tempo, vulnerabilidades específicas foram formalmente ignoradas pela ausência de dados referentes à raça/etnia nos principais sistemas de saúde. Atualmente, mesmo com a autoidentificação racial assegurada enquanto direito, esse campo continua sendo negligenciado pelas pessoas responsáveis pelo preenchimento dos cadastros. Ignorar tal dado, além de inviabilizar pesquisas e a produção de políticas públicas eficazes para a população não branca, evidencia os desafios de se abordar a temática racial no Brasil.

Os efeitos da discriminação racial se expressam nos indicadores de saúde, como a mortalidade infantil entre crianças negras e indígenas, a

degradação da saúde de pessoas imigrantes e a inacessibilidade aos serviços vivida pelos povos de quilombo.

Para cumprir com os princípios do SUS, é necessário identificar as barreiras que se interpõem entre o serviço e a população, impedindo a acessibilidade. Assim, compreender os efeitos das vivências sociais e subjetivas das pessoas não brancas junto ao serviço de saúde poderá contribuir para este fim.

Pesquisas científicas que negam a categoria raça/etnia como determinante no processo saúde/doença e/ou no acesso e acessibilidade aos serviços fíndam por escamotear parte essencial da realidade da maioria da população brasileira, incluindo indígenas, quilombolas e pessoas imigrantes.

A baixa produção científica na área evidencia a necessidade de novas investigações, sobretudo diante das vulnerabilidades que atravessam o público pesquisado. Em estudos futuros, analisar os efeitos da política de cotas nas universidades (Brasil, 2012) e da criação da Universidade Federal Indígena sobre a qualidade do cuidado em saúde destinado às populações negras, indígenas e quilombolas pode abrir caminhos para relações mais eqânimes e formas mais saudáveis de cuidado.

Referências

- Almeida, S. (2019). Racismo estrutural. Pólen Livros.
- Alves, L. (2010). Significados de ser branco: A brancura no corpo e para além dele (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo.
<https://doi.org/10.11606/D.48.2010.tde-14062010-153851>
- Bento, M. A. S. (2014). Branqueamento e branquitude no Brasil. In M. A. S. Bento & I. Carone (Orgs.), *Psicologia social do racismo* (6ª ed., pp. 25–59). Vozes.
- Borret, R. H., et al. (2020). “A sua consulta tem cor?”: Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade – Um relato de experiência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 15(42), 2255.
[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2255](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2255)

- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Recuperado em 01 dezembro 2025, de: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (2012). Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012: Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112711.htm
- Camilo, C., et al. (2021). Cuidado em território de exclusão social: COVID-19 expõe marcas coloniais. *Saúde e Sociedade*, 30(2), 1–11. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210023>
- Cobo, B., et al. (2021). Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(9), 4021–4032. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>
- Comes, Y., et al. (2020). Saúde e empoderamento das mulheres: Estudo de caso do Programa Mais Médicos em municípios com presença de médicos cubanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e62. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.62>
- Dattoli, V. C. C., et al. (2019). A utilização da atenção primária à saúde por imigrantes em Florianópolis. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 13(40), 1–13. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1786](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1786)
- Durand, M. K., et al. (2020). Saúde das mulheres quilombolas: Diálogo com a literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 12, 202–209. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7226>
- Farias, Y. N. N., et al. (2019). Iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil, 2009–2014. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(3), 1–14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00001019>
- Fanon, F. (2020). *Pele negra, máscaras brancas* (Obra original publicada em 1952). UBU.

- Gonçalves, M. M. (2015). Raça e saúde: Concepções, antíteses e antinomia na atenção básica (Dissertação de Pós-Graduação). Universidade de São Paulo.
- Gonzalez, L. (2021). Por um feminismo afrolatinoamericano. *Zahar*.
- Jesus, M. L. G. de, & Monteiro, R. B. (2016). Jovens, negras e estudantes: Aspectos da vulnerabilidade em São Luís do Maranhão. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 652–663. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162598>
- Marinho, G. L., et al. (2019). Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 57–63. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0646>
- Martins, J. S. (2021). Demandas da comunidade quilombola serão debatidas na Assembleia Legislativa. Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. Recuperado em 01 dezembro 2025, de: <https://www.assembleia.pr.leg.br/comunicacao/noticias/demandas-da-comunidade-quilombola-serao-debatidas-na-assembleia-legislativa>
- Matos, C. C. S. A., & Tourinho, F. S. V. (2018). Saúde da população negra: Como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 13(40), 1–13. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1706](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1706)
- Minayo, M. C. de S. (2007). O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde (10ª ed.). Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2012). Política Nacional de Atenção Básica. Recuperado em 01 dezembro 2025, de: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Ministério da Educação. (2025, 27 novembro). Governo anuncia universidades Indígena e do Esporte. gov.br. Recuperado em 01 dezembro 2025, de: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/noticias/2025/novembro/governo-anuncia-universidades-indigena-e-do-esporte>
- Nascimento, A. (2019). O genocídio do negro no Brasil: Processo de um racismo mascarado (4ª ed.). Perspectiva.

- Oliveira, B. M. C., & Kubiak, F. (2019). Racismo institucional e a saúde da mulher negra: Uma análise da produção científica brasileira. *Saúde em Debate*, 43(122), 939–948. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912213>
- Oliveira, F. I., & Costa, A. F. da. (2018). Psicologia e política social: História e debate. In M. P. Cordeiro et al. (Orgs.), *Psicologia na assistência social: Um campo de saberes e práticas* (pp. 13–63). Instituto de Psicologia.
- Paiva, V. (2020). Psicologia na saúde: Sociopsicológica ou psicossocial? In N. Silva Jr. et al. (Orgs.), *A psicologia social e a questão do hífen* (5ª ed., pp. 167–192). Edgard Blücher.
- Santos, A. O. da S. (2012). Superar o racismo e promover a saúde da população negra: Desafios para o trabalho de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil. In V. Paiva, J. R. C. M. Ayres & C. M. Buchalla (Orgs.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde* (Vol. 1, pp. 145–163). Editora Juruá.
- Scarcelli, I. R. (2016). *Psicologia social e políticas públicas: Pontes e interfaces no campo da saúde* (Tese de Livre-Docência). Universidade de São Paulo. Recuperado em 01 dezembro 2025, de: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/47/tde-01072019-152745/publico//scarcelli_LD_2016.pdf
- Silva, C. H. F., Domingos, L. T., Leite, A. C. R. M., & Sousa, D. F. (2015). Relato sobre as políticas de saúde da população negra e indígena no Brasil. *Revista da Associação Brasileira de Neuropsicologia*, 7(16), 16–27. Recuperado em 01 dezembro 2025, de: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/93/92>
- Silva, G. A. da, Silva, I. F. da, & Borges, M. F. de S. O. (2025). Perfil epidemiológico da mortalidade em crianças indígenas menores de cinco anos no Brasil: Uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(1), e09342023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.09342023>
- Silveira, R., et al. (2021). Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, 30(2), 1–12. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200414>

- Siqueira, S. M. M. C. (2014). Condições de vida e saúde da população negra no Brasil. In S. M. M. C. Siqueira, Itinerários terapêuticos em urgências e emergências pediátricas em uma comunidade quilombola (pp. 40–48) (Dissertação de Pós-Graduação). Universidade Federal da Bahia.
- Souza, N. S. (1983). Tornar-se negro: As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Graal.
- Trad, L. A. B., et al. (2012). Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 46(6), 1007–1013. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000600010>
- Wilkinson, B. B. (2022). A lacuna da diversidade: Quando boas intenções geram verdadeiras mudanças culturais (K. Ribeiro, Trad.). Harper Collins.
- Zanatta, E. A. P., et al. (2020). Consulta de enfermagem em puericultura à criança haitiana: Dificuldades e possibilidades. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, e35639. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35639>

Saúde Pública para (o controle dos corpos das) mulheres? Relato de uma pesquisadora no serviço de saúde

*Josiane Santos Costa
Silvia Cordeiro Nogueira*

O tema do controle dos corpos das mulheres no campo da saúde pública emergiu como questão a partir da pesquisa de mestrado intitulada “Envelhe(ser) mulher: escutas psicanalíticas de mulheres na envelhescência”. Embora não constituísse o problema de pesquisa inicial da investigação, essa problemática se impôs na experiência de campo, e encontra espaço oportuno para ser discutida ao lado de outras importantes questões que se reúnem para compor este livro coletivo.

As reflexões apresentadas aqui têm origem na fase de ambientação ao campo da pesquisa, momento em que a presença prolongada da pesquisadora no serviço de saúde permitiu observar práticas, discursos e protocolos que atravessam o corpo feminino. Assim, no presente trabalho nos dedicamos a desenvolver essa dimensão que ultrapassa o recorte original da pesquisa, mas que se tornou fundamental para compreender as condições simbólicas, históricas e políticas que atravessam as experiências das mulheres nos serviços de saúde pública.

Situamos o campo que acolheu a pesquisa, apresentando sua história institucional, um panorama do serviço de saúde no Brasil, seguido de uma exposição das políticas públicas de atenção à saúde da mulher. A partir dessa localização, articulamos a história e a estrutura dos serviços de saúde destinados às mulheres com as proposições foucaultianas de biopoder e biopolítica, interrogando o lugar que é dado ao corpo da mulher nas práticas e discursos da saúde pública. Por fim, apresentamos o ambulatório de especialidades da saúde da mulher, espaço que delimitou nossa pesquisa, acompanhado do relato de experiência da pesquisadora e concluímos com suas reflexões a partir da escrita desse trabalho.

1 Serviço de saúde pública no Brasil

A história da assistência em saúde no Brasil é marcada pela filantropia e por algumas intervenções do Estado como a vacinação e saneamento básico, a exemplo do que se passou no final do século XIX e início do século XX (Carvalho, 2013). No entanto, conforme estudiosos nos apontam, as intervenções do Estado estavam submetidas aos interesses do empresariado de manter os trabalhadores não doentes e, portanto, disponíveis para suas demandas (Paim et al., 2011). Nesse período, o corpo das mulheres permanecia majoritariamente associado à maternidade e ao cuidado, com menor atenção pública às suas próprias necessidades de saúde.

Em 1923, a Lei Eloy Chaves, estabeleceu o sistema previdenciário e, com ele, um primeiro sistema de assistência à saúde dos trabalhadores, expandindo-se depois até a formação do INPS - Instituto Nacional de Previdência Social em 1966 (Carvalho, 2013; Senado Federal, 2019). Paim et al. (2011) destacam que à essa época o sistema de saúde era desigual em serviços e cobertura, já que contava com assistência vinda dos institutos previdenciários e um Ministério da Saúde – criado em 1953 – carente de financiamento. E aqui podemos ressaltar que era um sistema desigual em serviços e cobertura também pela divisão sexual, pois ainda que precário, esse sistema assistia à trabalhadores formais, portanto, predominantemente homens.

No ano de 1963, um importante marco foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde que pretendia a criação de um sistema de saúde, sustentada na sua defesa enquanto um direito para todos, no entanto, o regime político do ano seguinte derrubou o seu projeto (Carvalho, 2013). Com a ditadura militar, iniciada em 1964, a saúde pública foi sucateada em nome de interesses políticos: o aumento na privatização dos serviços resultou na precarização da saúde pública (Paim et al., 2011; Paiva e Teixeira, 2014).

História de precarização, mas igualmente de resistências. A reforma sanitária que se deu a partir de 1970, propondo um novo sistema de saúde, é compreendida também como um movimento político e social (Paiva & Teixeira, 2014), “[...] um movimento que, batizado como sanitário, confunde-se com o próprio processo de luta contra a ditadura e abertura democrática” (Paiva & Teixeira, 2014, p. 16). Portanto, “a concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária

brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público” (Paim et al., 2011, p. 18). Tratava-se da criação de um sistema que defendia a saúde como um direito igualitário e universal aos cidadãos, portanto, dever do Estado, que “[...] acontecia em pleno regime autoritário, mas sempre na perspectiva de sua superação” (Carvalho, 2013, p. 08).

A insatisfação social com os efeitos do regime militar impulsionou movimentos que contribuíram para a reforma sanitária: movimentos populares, dados pela igreja católica e por militantes de esquerda, que atuavam na busca de melhorias de condições e saúde às populações pobres e periféricas; e movimentos médicos, formados por profissionais que criticavam o sistema vigente e lutavam por direitos trabalhistas. Somam-se ainda a estes atores muitos dos profissionais de saúde ingressantes na burocracia estatal, que iniciaram sua atuação na burocracia estatal no serviço de saúde na década de 1970, classe de sanitaristas progressistas que defendiam um serviço público e mudanças na nova organização da saúde (Paiva & Teixeira, 2014), “[...]além de postular que a almejada melhoria das condições sanitárias estava diretamente relacionada à ampliação do direito à cidadania, ou seja, à democratização da sociedade” (Paiva & Teixeira, 2014, p. 24).

Com o fim da ditadura militar em 1985, algumas estruturas políticas autoritárias se enfraqueceram e em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que discutiu o Projeto da Reforma Sanitária, tratando do direito à saúde e dos fundamentos do SUS (Carvalho, 2013; Paim et al., 2011; Paiva & Teixeira, 2014). Dois anos mais tarde, a Constituição Federal de 1988, foi mais um importante marco, pois legitimou a saúde como um direito para todos e dever do Estado (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988; Paiva & Teixeira, 2014). E em 19 de setembro de 1990 foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990). Marcos históricos que são frutos de importantes lutas sociais contra a exploração e dominação dos corpos.

No entanto, no decorrer da década de 1990, o país sofre as influências do neoliberalismo crescente e a menor participação do Estado na vida social que repercutiu no novo sistema de saúde, dando, novamente, mais espaço aos interesses capitalistas com novas privatizações (Paiva & Teixeira, 2014). E o acesso à saúde seguia desigual,

interessava aos seus reguladores corpos-homens não doentes para empregarem nas atuais demandas de produção, e corpos-mulheres em atividade reprodutora, garantindo a futura mão-de-obra, daí o foco nos programas materno-infantis na saúde da mulher que perpassa a história da saúde pública no Brasil.

Com essa breve retomada histórica da saúde pública no Brasil, destacamos a sua constituição, por um lado, atravessada por interesses políticos e capitalistas com o propósito de dominação dos corpos, mas por outro, marcada pela força dos movimentos sociais que pretendiam resistência a eles.

Vejam agora a estrutura do Sistema Único de Saúde: o SUS é hoje um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo (Brasil. Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde – SUS, n.d.). Como vimos, o SUS resultou de lutas pela democratização, elevando a saúde a um direito constitucional; portanto, para além de intervenções médicas e sanitárias, a saúde no Brasil está fundamentalmente vinculada à condição de cidadania: é para todos, sem discriminação ou privilégio (Carvalho, 2013; Paim, 2009).

Dos princípios que regem o SUS, sublinhamos: a universalidade, a igualdade, e a integralidade. O princípio da universalidade compreende assegurar a saúde como direito para todos, sem discriminação. O princípio de igualdade, ou equidade, significa considerar que as pessoas não são iguais e, por essa razão, têm necessidades diferentes, pressupondo maior atenção quanto maior for a carência. E por fim, o princípio da integralidade trata-se da compreensão das pessoas como um todo e da atenção a todas as suas necessidades, nesse sentido, inclui a interação da saúde com outras políticas públicas (Brasil. Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde – SUS, n.d.). Destacamos, no entanto, que na realidade cotidiana do sistema, tais princípios ainda convivem com desigualdades de gênero persistentes.

E por ocasião de nossa pesquisa trazemos aqui mais um dos princípios do SUS – que embora não trate da especificidade da envelhecimento, contempla as mulheres e seus corpos – o atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica, cujo recente complemento em 2024 inclui que as vítimas têm direito ao acolhimento, na rede pública ou privada, em local privativo e com restrição do acesso de terceiros por elas não autorizados, inclusive o

agressor (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 7º inciso XIV e parágrafo único). Sinalizamos que, embora o dispositivo legal prevísse o acolhimento das mulheres vítimas de violência pelo sistema de saúde, até 2024 o sistema era o mesmo que tratava o corpo-mulher vítima e, eventualmente, o expunha à terceiros e mesmo o agressor.

Ainda quanto à sua estrutura, o SUS se organiza a partir da regionalização dos estabelecimentos de saúde, como as UBSs, ambulatórios, hospitais, em determinado território, e da hierarquização dos procedimentos agrupados nos níveis de atenção primária, secundária e terciária (Carvalho, 2013; Paim, 2009).

Na atenção primária à saúde ou ainda, atenção básica, se agrupam as ações e serviços voltados à prevenção e promoção à saúde de menor complexidade, como consultas e exames de rotina com equipe multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde – UBSs, em domicílio e nos espaços públicos da comunidade para garantir atenção integral à saúde no território. “Mais do que promover assistência clínica, o objetivo é estar próximo às pessoas e promover a saúde e a qualidade de vida da comunidade” (Brasil. Ministério da Saúde, 2022).

A atenção secundária e terciária à saúde compõe a atenção especializada, na qual se agrupam, respectivamente, as ações de média e alta complexidade, como atendimento especializado ambulatorial e hospitalar. Na atenção secundária são ofertados os serviços de média complexidade em ambulatórios, policlínicas e hospitais. Na atenção terciária estão disponíveis os serviços de alta complexidade, ofertados pelos hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários (Brasil. Ministério da Saúde, 2022). Em sua estrutura o SUS também é responsável pela Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil. Ministério da Saúde, Saúde da Mulher, n.d.), como veremos a seguir.

Finalizada a introdução ao Serviço de Saúde Pública no Brasil, passaremos agora às Políticas Públicas de Saúde para a Mulher.

2 Políticas públicas de saúde para a mulher

A saúde da mulher no Brasil foi incorporada às políticas nacionais de saúde a partir de programas materno-infantis das décadas de 30, 50 e 70, os quais apresentavam uma visão da mulher reduzida ao papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação e cuidados do lar. Esses

programas sofreram críticas do movimento feminista brasileiro que reivindicou a ampliação do olhar para a saúde da mulher em todos os ciclos de vida, inclusive considerando as particularidades e condições dos diversos grupos sociais, econômicos, culturais em que estivessem inseridas (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

Neste cenário, em 1984 o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, rompendo com as propostas conceituais anteriores e acolhendo, em plena luta pelos ideais da Reforma Sanitária e projeto de consolidação do SUS, os princípios de integralidade e a equidade da atenção à saúde da mulher. O novo programa, agora na perspectiva da mulher enquanto sujeito de direito, passou a englobar desde ações educativas e preventivas ao acompanhamento em clínica ginecológica, climatério, direitos reprodutivos, saúde sexual, câncer de colo do útero e de mama, entre outras necessidades a partir do grupo populacional (Brasil. Ministério da Saúde, 2011; Souto & Moreira, 2021).

O movimento feminista foi um importante protagonista na formulação e na implementação do PAISM, especialmente em um período marcado pelo fim da ditadura militar e início do processo de redemocratização do país, inclusive com várias de suas integrantes compondo a área técnica da saúde da mulher no Ministério da Saúde e em diversas secretarias estaduais, contribuindo para a formação de profissionais e gestores nesse momento decisivo na história da saúde no Brasil. Quase duas décadas depois, em 2003, a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, discutiu a transformação do programa (PAISM) em política (PNAISM), proposta que foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2004¹ (Souto & Moreira, 2021).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – PNAISM – é um conjunto de diretrizes e objetivos que visa cuidados integrais à saúde das mulheres, pretendendo a promoção de sua autonomia e integração no meio social, político e comunitário. A Atenção Integral à Saúde das Mulheres no SUS é orientada pela PNAISM, cujo cuidado integral compreende a saúde ginecológica, saúde sexual e reprodutiva,

¹ O documento teve reimpressão em 2011, o qual utilizamos para as referências em nossa pesquisa.

saúde materna, dignidade menstrual, atenção ao climatério e à menopausa, saúde mental e os cuidados em situações de violência (Brasil. Ministério da Saúde, Saúde da Mulher, n.d.).

No texto da PNAISM consta que “este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores ... Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades” (Brasil. Ministério da Saúde, 2011, p.7). O documento afirma que as mulheres compõem a maioria da população brasileira² e que frequentam o SUS para atendimento próprio, mas sobretudo, enquanto acompanhantes de crianças e outros membros da família e da comunidade e, nesse sentido, as nomeiam como “cuidadoras” (Brasil. Ministério da Saúde, 2011, p. 9). A afirmação das mulheres como cuidadoras implica um discurso velado de dominação sobre seus corpos como função social que interessa às relações de poder exercidas pelo sistema de saúde/Estado sobre o corpo social. O documento considera também que “a vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos” (Brasil. Ministério da Saúde, 2011, p. 9), no entanto, quando denomina as mulheres como cuidadoras, parece ser um dos agentes da discriminação de gênero que ele mesmo denuncia.

Sobre o enfoque de gênero, o documento da PNAISM reconhece as desigualdades de poder entre homens e mulheres e que o gênero é uma construção a partir de um corpo sexuado; partindo disso, considera que as questões de gênero, sobretudo no que diz respeito ao impacto sobre a saúde das mulheres, devem ser tomadas como determinantes na elaboração das políticas públicas (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

A PNAISM tem como princípios a humanização e a qualidade da atenção em saúde, entendendo esse último como um amplo conjunto de aspectos psicológicos, sociais, biológicos, sexuais, ambientais, culturais, que implicam a superação da abordagem biologicista e medicalizadora das mulheres nos serviços de saúde e, por conseguinte, a solução de seus problemas identificados e a promoção de suas capacidades de

² Segundo dados do Censo 2022, a população feminina se mantém maioria (51,5%), ver <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR>

reconhecimento e reivindicação de seus direitos (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

Das diretrizes da PNAISM, destacamos a proposição de que as políticas deverão atender às mulheres em todos os ciclos de vida, respeitadas as especificidades de cada faixa etária e dos diferentes grupos populacionais e; de que a atenção integral deverá compreender a percepção ampliada de seu contexto de vida, bem como sua singularidade e condição de sujeito capaz e responsável por suas escolhas (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

Dentre os objetivos específicos e estratégias da PNAISM contemplamos aqui dois deles, que nos interessam em razão de nossa pesquisa com mulheres na envelhescência usuárias do serviço de saúde pública: implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério e, promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade, esta última que menciona a inclusão da abordagem às especificidades da atenção à saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS e o incentivo à incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS (Brasil. Ministério da Saúde, 2011). Por nosso interesse, consultamos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa³, as Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS⁴ e as Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS⁵, no entanto, não encontramos em nenhum destes documentos quaisquer referências à saúde da mulher idosa. Tratar-se-ia de um rechaço do corpo-mulher que está envelhecendo? Um descarte dessas mulheres que não reproduzem mais?

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa não menciona a respeito da especificidade da saúde da mulher idosa, embora: reconheça que “o sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para

3 Portaria N° 2.528 de 19 de outubro de 2006 e Portaria de Consolidação GM/MS N° 2 de 28 de setembro de 2017, Anexo XII - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

4 Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral de maio de 2014.

5 Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS, de 2018.

atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades” (item 2); afirme a questão de gênero e envelhecimento: “o envelhecimento é também uma questão de gênero”, ao apresentar dados demográficos (item 2.1) e; faça menção à mulher como vulnerável: “mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis” (item 2.2) ao tratar da prevalência de incapacidade funcional em relação ao risco para problemas de saúde.

As Diretrizes de Saúde da Pessoa Idosa igualmente não tratam da saúde da mulher idosa, contudo mencionam que “. . . ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa. . .” ao referir como desafio o deslocamento das demandas de cuidado da população idosa para o Estado. Desafio para o Estado por que a mulher passou a ocupar outras funções na sociedade que não só a do cuidado?

Para finalizar, ainda por interesse de nossa pesquisa e como complemento à apresentação da PNAISM, mencionamos a existência do Manual de Atenção à Mulher no Climatério (Brasil. Ministério da Saúde, 2008) que trata de orientações para os profissionais de saúde e concretiza um dos objetivos da PNAISM de qualificar a atenção às mulheres nessa fase da vida, de maneira integral e humanizada. No entanto, fica o questionamento: o sistema de saúde se inclina à mulher climatérica ou ao seu corpo em fase de decadência reprodutora?

3 Saúde pública para (o controle do corpo da) mulher?

A que servem as políticas públicas de saúde da mulher? Por que não no plural, das mulheres? Qual o lugar dado às mulheres e seus corpos no campo da saúde?

Como vimos, a partir da década de 1970, o Brasil foi marcado pela atuação de movimentos sociais feministas que colocaram em questão o poder e suas construções sociais e políticas. Deste modo, o questionamento do controle do corpo feminino teve impactos na saúde das mulheres, especialmente no que dizia respeito à ideia da função reprodutora e da maternidade como “missão feminina natural” (Souto e Moreira, 2021, p. 836).

A criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM – deveria orientar a abordagem da mulher para além de útero e mamas, como sujeitos ativos e responsáveis pelo cuidado de sua saúde e como pessoas inseridas em um determinado contexto socioeconômico e emocional (Hillesheim et al., 2009). Sob essa perspectiva, o novo programa buscaria romper com o foco na saúde materno infantil anterior, que aspirava “. . . intervir sobre os corpos das mulheres-mães, assegurando que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de reprodução social . . . ”, para se atentar aos direitos reprodutivos garantidos às mulheres (Medeiros & Guareschi, 2009, p. 40).

Embora as políticas de saúde para as mulheres representem uma evolução, inclusive, como vimos, com a nova proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM – observa-se fragilidades na assistência: práticas voltadas ao corpo gestante e um esvaziamento das questões de gênero, dando relevo às formas de poder sobre a mulher e seu corpo, “. . . as práticas de saúde estão orientadas para atender um modelo cristalizado de ideal feminino, discriminando a mulher e expondo as contradições entre práticas e discursos” (Machado e Penna, 2022, p. 5).

A partir dessas contradições, Machado e Penna (2022) nos levam aos conceitos de biopoder e biopolítica propostos por Foucault para analisar o poder exercido pelas políticas públicas, sendo o primeiro um poder sobre a vida pela apropriação dos corpos e produção de subjetividades e, o segundo, as intervenções e vigilância sobre os corpos por meio de tecnologia disciplinar para aumentar suas capacidades; se antes os soberanos detinham o direito de fazer morrer, depois se transformou em direito de causar a vida.

Segundo Foucault (1976/2025), esse processo, que se inicia a partir do século XVII, primeiro:

[...] centrou-se no corpo como máquina (ênfase nossa): no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano (p. 150)

E um pouco depois, por volta da metade no século XVIII,

[...] centrou-se no corpo-espécie (ênfase nossa), no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população (Foucault, 1976/2025, p. 150).

As disciplinas do corpo e as regulações da população inauguram, na época clássica, a era do biopoder, e seus agenciamentos constituíram a grande tecnologia do poder do século XIX, que foi, sem dúvida, elemento indispensável para o desenvolvimento do capitalismo (Foucault, 1976/2025).

Medeiros e Guareshi (2009) nos ajudam a compreender que a tecnologia do poder disciplinar, a biopolítica, pretende a sujeição e docilidade do corpo individual, enquanto a tecnologia do biopoder tem como objeto o corpo coletivo, portanto, a população.

Machado e Penna (2022) nos informam que Foucault denuncia que as práticas e intervenções do Estado na saúde da mulher é uma biopolítica, pois se inserem como estratégias de controle social sobre o corpo da mulher, com vistas a protegê-la, uma vez que ela é a portadora da condição biológica de gerar novas vidas, ou seja, são práticas voltadas à mulher-mãe, assim objetalizada na função de procriadora.

Nesse sentido, as contradições apontadas na saúde da mulher no Brasil dão notícias de que a atenção à saúde reprodutiva segue central, seja quando afirmada como parte de uma suposta essência feminina, quanto depois do PAISM e da PNAISM, na reivindicação de outras formas de cuidado do corpo, com a contracepção, assistência ao aborto, no entanto, mantendo-se o corpo da mulher reduzido à maternidade (Hillesheim et al., 2009).

Medeiros e Guareschi (2009) nos lembram da orientação foucaultiana de que “os discursos formam os objetos de que falam, isto é, discursos são práticas, na medida em que constituem sujeitos e corpos, assim como formas de existência” (p. 36). Nesse sentido, recolhendo os enunciados sobre a saúde da mulher, “. . . evidencia-se que se vai

(con)formando uma forma de ser mulher, a partir das práticas em saúde voltadas para elas: uma mulher que deve ser vista como diversa (mas é predominantemente heterossexual e mãe) [...]” (Hillesheim et al., 2009, p. 203).

Parece, então, que o que fica anunciado como importante na abordagem à saúde da mulher são as intervenções sobre seus ciclos de vida a partir de um “corpo de mulher”, homogeneizado, sem considerar as diferenças de “cada corpo” de mulher, como propõe a PNAISM; assim “talvez, o que pode ser visto aqui seja um discurso de gênero colado a um discurso biologicista, uma ressignificação de gênero no texto...” (Medeiros & Guareschi, 2009, p. 42).

O discurso do biopoder sobre a mulher em sua função de maternidade é persuasivo, faz marcas históricas de um ideal feminino que se reproduz no imaginário social, constatado nas práticas e rotina dos serviços de saúde, no cotidiano das mulheres (Machado e Penna, 2022). O que remete à proposição foucaultiana de que o poder circula e se exerce em rede, o poder não fica restrito a um grupo sobre outro, mas os indivíduos estão submetidos a ele tanto quanto o exercem, são ao mesmo tempo alvos e agentes transmissores do poder (Medeiros e Guareschi, 2009).

A política pública é uma expressão do Estado na regulação da sociedade, e pensa a mulher enquanto reprodutora, devido à sua condição biológica, mas o fato de ter útero não significa que ela será mãe, que esta será sua escolha. Quando as políticas públicas reafirmam as práticas voltadas apenas para a maternidade, privilegiando determinados órgãos, fragmentam o corpo feminino, reduzindo a mulher à função reprodutiva, sugerindo técnicas disciplinares do corpo, através da biopolítica. Ao reduzir a mulher a útero e peito, negam-lhe a subjetividade, causando-lhes um mal-estar (Machado & Penna, 2022, p. 14).

Então, que lugar é dado ao corpo da mulher nas práticas e discursos da saúde pública?

O que recolhemos com esses autores é a crítica de que o Estado se serve de sua função de guardião da saúde e dignidade da pessoa mulher, acolhe e “atende” as reivindicações da sociedade, a exemplo do que se

passou com o movimento da reforma sanitária e dos movimentos feministas, no entanto, as fragilidades e deficiências do sistema que se seguem parecem revelar um propósito implícito de dominação e controle dos corpos, especialmente no sentido biológico de reprodução, deixando à margem as pessoas mulheres que nestes corpos habitam.

Não esperávamos nos encontrar com esta problemática no desenvolver de nossa pesquisa e agora, reconhecemos ser esta uma questão abrangente e igualmente relevante em nosso território e que merece destaque nas pesquisas acadêmicas, nas discussões sociais e nos demais espaços da comunidade, inclusive entre as próprias mulheres. Esperamos ter contribuído, ao menos, para a sensibilização ao tema.

Retomando os propósitos e as possibilidades de nossa pesquisa, compartilharemos a seguir o nosso olhar para a especificidade de mulheres na envelhescência, especialmente para o recorte de mulheres pacientes de um ambulatório de nosso município. Subvertendo a lógica da assistência em saúde da mulher, que opera um controle sobre o aparelho reprodutor feminino, interessa-nos o que dessas mulheres podemos escutar para além de seus corpos adoecidos.

Escolhemos o campo da saúde para nossa pesquisa – para a escuta de mulheres na envelhescência – a partir da hipótese psicanalítica de que o sofrimento psíquico que ainda não passou à palavra passa pelo corpo, e o corpo adoecido vai parar no serviço de saúde. E no serviço de saúde, o que uma psicanalista pode ouvir dessas mulheres-sujeitos? É o que esperamos responder com a finalização de nossa pesquisa. Apresentamos agora o Ambulatório Multiprofissional em Saúde da Mulher, e breves recortes como relato de experiência da pesquisadora como aposta na possibilidade de uma via de assistência em saúde que integre mulheres-sujeitos em seus corpos-mulheres.

4 Ambulatório multiprofissional em saúde da mulher: a escuta de mulheres-sujeitos para além do corpo adoecido

A pesquisadora é praticante da psicanálise em clínica particular e a partir de alguns casos clínicos lhe surgiram inquietações, tais como: para além da clínica psicanalítica, onde vão parar mulheres na envelhescência, cujos corpos adoecidos parecem endereçar um pedido de escuta? Transformando as inquietações em investigação acadêmica, escolhemos o

Ambulatório Multiprofissional em Saúde da Mulher (AMASM) como espaço de delimitação de nossa pesquisa, na hipótese de ser o serviço de saúde um dos possíveis destinos de mulheres na envelhecimento com algum sofrimento psíquico e demanda de acolhimento, ainda que pela via do corpo adoecido.

4.1 O Ambulatório em Saúde da Mulher

O AMASM compõe uma das especialidades de atenção secundária à saúde oferecidas pelo Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU) situado no campus da Universidade Estadual de Londrina (UEL) (Cordeiro et al., 2021). O ambulatório atende à demanda do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (RMSM), neste momento, sob coordenação do Departamento de Ciências Farmacêuticas do Centro de Ciências da Saúde (CCS), com o apoio dos Departamentos de Educação Física, Nutrição, Psicologia e Psicanálise, Psicologia Social e Institucional, em parceria com o Hospital Universitário da (HU-UEL) e a Prefeitura do Município de Londrina⁶

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher foi instituído com o propósito de formar profissionais em caráter multidisciplinar e interdisciplinar capacitados para atuarem na promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher em todos os seus ciclos de vida e em todos os níveis de atenção. Com base nos princípios e diretrizes do SUS, o programa RMSM foi criado como estratégia para melhorar a assistência integral à saúde da mulher (Cordeiro et al., 2017; Cordeiro et al., 2021). A residência também está de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM, especialmente com o objetivo de número cinco que trata da saúde sexual e reprodutiva da mulher⁷.

A inserção da Residência no AEHU passou por desafios como a falta de espaço físico destinado às atividades da equipe multiprofissional, resistência de alguns médicos à presença dos residentes nos ambulatórios de suas especialidades, dificuldade de reconhecimento do trabalho por parte de outros funcionários. Como solução, foi criado em 2013 o

⁶ Segundo texto do edital de seleção para residentes - COREMU N° R006/2024.

⁷ Segundo Projeto Político Pedagógico do programa, item 3.4 - Articulação com as Políticas de Saúde Locorregionais.

Ambulatório Multiprofissional de Atenção à Saúde da Mulher (AMASM) para receber pacientes atendidas nas clínicas de ginecologia e obstetrícia e, com a consolidação do trabalho, ampliou-se para as clínicas médica e de psiquiatria em razão da prevalência de doenças crônicas degenerativas na população feminina (Cordeiro et al., 2017; Cordeiro et al., 2021).

As pacientes são encaminhadas ao AMASM pelos médicos das especialidades clínicas em que fazem acompanhamento de acordo com a morbidade específica. Os atendimentos são realizados principalmente por consultas multidisciplinares e, além destas, há a possibilidade de atendimento em grupo, acompanhamento em atividade física na academia da mulher, atendimentos individuais nas especialidades que constituem a residência, de acordo com demanda e avaliação profissional (Cordeiro et al., 2021).

A equipe multidisciplinar do ambulatório é formada por residentes de farmácia, nutrição, educação física e psicologia. O atendimento se inicia pela consulta compartilhada por pelo menos dois residentes de áreas diferentes e após a discussão da equipe sobre o caso, são dados os encaminhamentos mais adequados, inclusive para atendimento com o psicólogo (Cordeiro & Lucri, 2020).

O psicólogo atua nas modalidades de atendimento compartilhado com a equipe, atendimento individual e em grupo. Muitas pacientes são encaminhadas ao ambulatório diretamente para atendimento psicológico, sendo o caso, inicia-se atendimento individual no próprio ambulatório ou a paciente é direcionada para a Clínica Escola de Psicologia da mesma universidade (Cordeiro et al., 2021).

As demandas psicológicas também podem ser acolhidas pelo psicólogo no trabalho em grupo, com mulheres da menarca ao climatério/menopausa. A proposta de apoio psicológico em grupo, surgiu na aposta de um espaço de escuta em que as pacientes poderiam se beneficiar do trabalho em um grupo operativo (Cordeiro & Lucri, 2020; Cordeiro et al., 2021).

O grupo, nomeado “Florescer”, segue acontecendo semanalmente e recebe cerca dez mulheres, na faixa dos 60 anos de idade e que apresentam algum mal-estar psíquico para além das morbidades. Alguns temas de trabalho propostos no ano de 2024, foram: ansiedade, maternidade, casamento, o que é ser mulher?, climatério/menopausa, sexo, envelhecer, autocuidado, além de encontros de confraternização nos

encerramentos de período. É possível observar que este grupo é um importante espaço de fala e de escuta, de troca de experiências e de construção singular, de fortalecimento de vínculos afetivos entre as participantes e destas para com a equipe, este último que se observa mais evidente na época de troca de residentes, em que as pacientes costumam manifestar sentirem a mudança⁸.

Além dessas observações específicas do grupo operativo, outros aspectos podem ser observados no ambulatório como pacientes “poliqueixosas”, baixa adesão aos tratamentos, dependência dos serviços ofertados pela instituição de saúde. No campo da saúde, esses fatores podem estar relacionados a uma supervalorização que frequentemente acompanha a nomeação de uma doença, diagnosticada sob tal perspectiva biomédica. É reconhecida a importância do diagnóstico, contudo, promove a exclusão do sujeito que dele padece, nesse sentido, as intervenções da psicologia são responsáveis por relançar sua dimensão subjetiva. Assim, a partir da proposta de atenção multidisciplinar à saúde da mulher, a psicologia se propõe a olhar os aspectos subjetivos das pacientes, enquanto a considera também em sua totalidade (Cordeiro & Lucri, 2020).

Passamos agora ao relato de experiência de escuta no campo de pesquisa pela pesquisadora.

4.2 A Escuta de Mulheres-Sujeitos

Na fase de ambientação ao campo da pesquisa, a pesquisadora observou encontros semanais do grupo “Florescer”, consultas multidisciplinares e atividades de conscientização (figura 1) por alguns meses e pode acompanhar a escuta e acolhimento de mulheres-envelhescentes para além de seus corpos adoecidos.

⁸ Informações obtidas in loco pela pesquisadora na ocasião da ambientação da pesquisa, em 2024.



Figura 1 – Caminhada no calçadão da UEL como parte da atividades de conscientização do Outubro Rosa (out/2024).

Ao longo desse período era frequente ouvir reiterados pedidos de desculpas à equipe por parte das pacientes por, supostamente, “dar trabalho”, “falar demais”. Preocupavam-se de que “no final do dia vocês (equipe) ficam de cabeça cheia, né?”. Partindo do pressuposto psicanalítico de que as relações, os laços com o outro, se dão via transferência – uma reedição de demandas libidinais (amorosas) não satisfeitas endereçadas ao outro na expectativa inconsciente de satisfazê-las (Freud, 1912/2017) – esse incômodo em incomodar o outro da equipe parece apontar algo do lugar subjetivo dessas mulheres, de seus lugares enquanto mulheres-sujeitos. Seriam lugares marcados pelo discurso de nossa cultura, mulheres não devem perturbar? E ainda, poderia ser uma hipótese a de que, verbalizando julgarem-se incômodas, receberiam como retorno um certo tipo de amor: “imagina, é nosso trabalho cuidar de você?”

O que queremos sublinhar é que há algo para além do corpo adoecido para ser escutado e tratado, o corpo é porta-voz de um sujeito que sofre, de uma mulher-sujeito que parece não ter encontrado outra maneira de falar de si senão pela via de um enigma no corpo: uma hipertensão que não estabiliza, uma compulsão alimentar que não cessa, uma falta de apetite que não deixa comer a menos que se esteja na companhia de alguém à mesa, uma crise de dor de coluna no meio do

ambulatório... o sintoma no corpo fala, mas não revela o saber sobre si, por isso é preciso auscultar, mas também escutar essas mulheres.

Em uma das manhãs de observação, houve episódios simultâneos em que duas das pacientes, ambas mulheres na envelhescência, demandaram assistência imediata da equipe: ao final do encontro do grupo “Florescer”, uma delas teve uma crise de dor na coluna na sala de atendimento, outra uma queda de pressão ao lado de fora, no corredor. A equipe se dividiu para socorrê-las. Uma residente retorna frustrada do atendimento no corredor: “ela não estava passando mal, ela está emocionalmente abalada” – algo se manifestava como pressão, para além da arterial? Algo mais além da coluna estaria travado? Pouco antes, no encontro do grupo, as referidas pacientes compartilhavam estarem angustiadas, passando por dificuldades familiares. Estariam demandando ficar um pouco mais com a equipe? Fora do ambulatório elas haveriam de lidar com questões ainda conflituosas para elas? São apenas hipóteses que podemos levantar a partir do que foi observado pela pesquisadora, compreender algo só nos seria possível se oportunizada a escuta clínica dessas mulheres.

Quando nas consultas, nos encontros do grupo e mesmo nos corredores do ambulatório, alguns significantes desfilavam nas falas das pacientes: “abandonada”, “amor”, “sozinha”, “cuidado”, “velha”, “inútil”. Alguns temas eram recorrentes em seus discursos: a função de cuidadoras na relação com o outro; por consequência, a dor de envelhecer e, “inúteis”, começarem a perder um lugar em que ancoravam suas existências; os ideais de corpo de mulher diante de um corpo-mulher que envelhece. No entanto, o lugar privilegiado à fala e à escuta dessas mulheres-sujeitos é uma importante aposta da qual a pesquisadora pode observar e recolher alguns de seus efeitos:

"aqui no grupo a gente pode falar... o que lá fora a gente não pode falar e aqui a gente pode";

"eu aprendi agora a cuidar de mim... demorei a vida toda pra entender que eu posso cuidar de mim";

“aprendi a ser independente aqui no Florescer, aprendi a dizer não”.

A possibilidade da psicanálise nos serviços de saúde da mulher se insere no tratamento do corpo pulsional, na aposta de que pelo trabalho

com a palavra mulheres-sujeitos possam escutar algo de suas dores para além da coluna travada que não deixa “andar sozinha”, para além da obesidade o peso de estar sobrecarregada, para além da fibromialgia a dor generalizada de ser mulher.

Se o serviço de saúde da mulher se estrutura em propósitos implícitos de controle social de seus corpos, tende a docilizá-los em nome do domínio da função biológica para a reprodução da futura massa de trabalhadores e consumidores, seguimos em nossa pesquisa na escuta de mulheres-sujeitos-envelhescentes para além de seus corpos inférteis deixados à margem – o corpo fica velho, mas o inconsciente não⁹.

5 Reflexões de uma pesquisadora-psicanalista no serviço de saúde da mulher

Se a partir da experiência de campo, o tema do controle dos corpos das mulheres na saúde emergiu como questão, a experiência de sua escrita (re)atravessou a autora principal deixando-lhe um resto. As reflexões a seguir são narradas em primeira pessoa do singular para conservar a autenticidade da autoria em nome próprio pela pesquisadora.

5.1 Um Resto

Gostaria de dividir com as pessoas leitoras que acompanharam o meu relato da experiência, uma breve reflexão do que ficou para mim como resto... alguma coisa de inquietação por elaborar que me ocorreu numa manhã de domingo, entre leituras e escritas.

Fazer uma breve retomada da história da saúde pública no Brasil me apontou que a partir da reforma sanitária, o curso da nova organização

⁹ (Pela autora principal) Meu agradecimento às mulheres: à minha orientadora, professora Dra. Sílvia Nogueira Cordeiro por intermediar meu acesso ao Ambulatório Multiprofissional em Saúde da Mulher, às mulheres residentes da equipe multidisciplinar que tão bem me acolheram, às mulheres pacientes que me permitiram acompanhá-las ao longo desses meses transformando essa fase da pesquisa em uma experiência enriquecedora em aprendizados para mim, como pesquisadora e como mulher, e à minha parceira de mestrado, mão para segurar em tantos momentos dessa jornada. Estendo meus agradecimentos também à comissão organizadora deste livro e ao PPGPSI-UUEL que o oportuniza.

da saúde pública no país foi marcado por ideais que pretendiam a desalienação dos usuários e da população em geral, já que resultou de movimentos sociais pautados em ideais progressistas que defendiam uma posição de resistência à dominação do Estado e de outros entes sobre as pessoas, a comunidade e a sociedade.

A partir disso, ocorreu-me pensar um paralelo entre os conceitos lacanianos de alienação e separação – operações das quais resulta o sujeito do inconsciente desejante (Lacan, 1964/2008) – e a história da saúde pública no Brasil, tão marcada por um conflito de forças: de um lado, o poder militar e os interesses capitalistas neoliberais que pretendiam a alienação da população, e de outro, a força dos movimentos sociais sanitaristas e feministas que pretendiam um processo de separação, por assim dizer, resistente aos interesses de dominação e sujeição.

Aproximando esse paralelo ao recorte de nossa pesquisa no serviço de saúde da mulher em articulação com o discurso psicanalítico, me saltaram algumas questões:

Poderíamos vislumbrar nos serviços de saúde da mulher a possibilidade da atuação de uma psicanálise disposta a participar da defesa dos princípios do SUS, como da universalidade de direitos às mulheres, ao mesmo tempo em que sustenta sua ética da singularidade dos sujeitos, ou seja, que sustenta que mulheres-sujeitos possam alcançar uma posição subjetiva mais ativa e menos alienada ao discurso do Outro – cuja estrutura biopolítica dos serviços de saúde pode fazer semblante?

Estaria o discurso psicanalítico – que se propõe a não tomar o outro como seu objeto, mas uma ética e uma política que sustenta a singularidade do sujeito do inconsciente, do outro como outro (Freud, 1919[1918]/2017) – disposto a dialogar com uma referência no discurso social – os ideais progressistas e feministas de resistência ao domínio, que lutaram e participaram da constituição e reformulação dos serviços de saúde da mulher no Brasil - tendo como horizonte o propósito de defender a vida em coletivo na dignidade das diversidades, corpos singulares que formam corpo coletivo?

Esclareço que não proponho aqui uma leitura que se confunda com um ideal de vida para mulheres-sujeitos do inconsciente, do “bem” para todas, de um ideal de cura de que supostamente portaria a psicanálise e dela dependeria a solução de problemas sociais e de seus mal-estares subjetivos, mas proponho pensarmos as possibilidades de uma conciliação

ética possível entre o dispositivo social das políticas de saúde da mulher no Brasil e o dispositivo de tratamento psicanalítico - este que opera na desalienação, na medida do que é possível a cada inconsciente, à “ditadura” do Outro.

Seria possível pensarmos uma psicanálise, à brasileira, aliada aos serviços de saúde da mulher desde esta perspectiva? Talvez seja um pensamento utópico de minha parte, mas compreendo que uma psicanálise à brasileira é aquela que considera a história de colonização do seu território e os efeitos disso nas subjetividades, portanto, implicada com o papel social de recordar, repetir e elaborar um passado, na aposta de produzir futuros outros que não repitam a dominação sobre os corpos e os que neles habitam.

Com esse horizonte, encerro este capítulo e dou continuidade à pesquisa¹⁰.

Referências

- Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Saúde Pública. Estudos Avançados* 27 (78), pp. 07-26. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (n.d.). Atenção Integral à Saúde das Mulheres. Recuperado em Janeiro 25, 2025, em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>
- Brasil. Ministério da Saúde. (n.d.). Saúde da Mulher. Recuperado em Junho 03, 2025, em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher>
- Brasil. Ministério da Saúde. (n.d.). Sistema Único de Saúde - SUS. Recuperado em Março 04, 2025, em

¹⁰ Na ocasião da redação deste texto, a pesquisa “*Emvelbe(ser) mulher: escutas psicanalíticas de mulheres na envelhescência*” encontrava-se em desenvolvimento para posterior divulgação dos resultados pelo PPGPSI-UUEL, programa que a acolhe.

- Freud, S. (2017). Sobre a dinâmica da transferência. In Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (2017). Caminhos da terapia psicanalítica. In Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras incompletas. Belo Horizonte, MG: Autêntica (Trabalho original publicado em 1919[1918]).
- Hillesheim, B., Somavilla, V. C., Dhein, G., Lara, L. (2009). Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. *Psicologia em Revista* 15 (1), pp. 196-211. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000100012
- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
- Machado, J. S. A., Penna, C. M. M. (2022). As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 32(2), pp. 01-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320221>
- Medeiros, P. F., Guareschi, N. M. F. (2009). Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Estudos Feministas* 17(1), pp. 31-48. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>
- Lacan, J. (2008). O sujeito e o Outro (I): a alienação. In J. Lacan. O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)
- Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm
- Paim, J. S. (2008). Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Paim, J. S. (2009) O que é o SUS [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Séries – Saúde no Brasil* 1, pp. 11-31. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Paiva, C. H. A., Teixeira, L. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde* 21(1), pp.15-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>
- Senado Federal. (2019). Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos. Agência Senado 57. Recuperado em Abril 06, 2025, em <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivos/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>
- Souto, K., Moreira, M. R. (2021). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde Debate* 45 (130), pp. 832-846. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>

Capítulo 16.

Atuação Psicológica frente a Violência Perpetrada por Parceiro Íntimo: crítica, cuidado e enfrentamento

Nathalia Maria Gouveia

Introdução

A Psicologia, enquanto ciência e profissão comprometida com a promoção da saúde e dos direitos humanos de indivíduos e coletividades, frequentemente se defronta com dilemas éticos e políticos nos mais diversos contextos de atuação. Neles, as demandas individuais são profundamente atravessadas por dinâmicas que expressam relações sociais de poder. Muitas vezes, o sofrimento se apresenta de forma incompreensível para quem o vivencia, pois reflete um cenário naturalizado, a expressão de lugares sociais nos quais se é colocado ao longo da vida. Esse sofrimento pode surgir como um questionamento que convoca o indivíduo a olhar para si e a reconhecer se é aquele modo como deseja existir, interrogando se há outras possibilidades de ser, apesar das estruturas de poder presentes na cultura que ensinam cotidianamente o lugar social que ocupamos e invisibilizam caminhos para outras realidades (Morais & Laurenti, 2025).

A escuta psicológica, em sua prática cotidiana, constantemente se depara com um dado perturbador: o ambiente doméstico, idealizado como espaço de segurança, configura-se paradoxalmente como o cenário mais frequente de violência contra a mulher (Gomes et al., 2016). Dados do Atlas da Violência (2024) apontam que, em 2022, 81% das agressões contra mulheres ocorreram em residências. De acordo com o DataSenado (2025), em 70% dos casos de violência doméstica ou familiar perpetrada por homens, o agressor era o parceiro íntimo (marido, companheiro ou namorado) da mulher. O termo comumente utilizado na literatura para se referir a esse fenômeno é Violência Perpetrada por Parceiro Íntimo (VPPI), caracterizado como o tipo mais prevalente de violência contra a mulher (Gomes et al., 2016). Tais indicadores revelam que não se trata de

tragédias pessoais isoladas, mas do reflexo de como as desigualdades de gênero se materializam no âmbito privado das relações afetivo-sexuais (Saffioti, 2004). A atuação psicológica, ao se deparar com essa realidade na vida concreta dos indivíduos, é convocada a um posicionamento ético-político voltado à desnaturalização da VPPI.

O sofrimento, mesmo que sobre o cenário naturalizado, chega à escuta psicológica e convoca a Psicologia a pensar e repensar os desafios perante a violência doméstica. Desde sua constituição como campo de saber e prática, a Psicologia tem sido tensionada a responder aos desafios sociais de seu tempo, qualificando-se como instrumento de transformação social (Martín-Baró, 2017). Esse caráter transformador encontra expressão normativa no Código de Ética do Psicólogo, que estabelece como princípio fundamental da profissão atuar “visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuir para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2005, p. 7). Esse compromisso dialoga com a perspectiva de Martín-Baró (2017), para quem a Psicologia deve “contribuir para um processo de mudança radical das estruturas de controle alienante que caracterizam a ordem social atual” (p. 267). Portanto, manter esse viés é condição para uma prática ética e socialmente responsável, recusando assim a ideia de neutralidade.

O objetivo deste capítulo é fornecer subsídios teóricos e éticos que contribuam para o reconhecimento e o enfrentamento da VPPI. A construção dessa base perpassa: (a) investigar como a cultura produz e normaliza dinâmicas violentas nas relações afetivas; (b) mapear as diferentes formas de violência e suas nuances, enfatizando a importância de uma escuta qualificada para sua identificação; (c) dimensionar o impacto individual e coletivo da VPPI; e, por fim, (d) articular o princípio fundamental da profissão com uma práxis ancorada na Psicologia da Libertação (Martín-Baró, 2017), reforçando a importância de uma atuação psicológica comprometida com a emancipação e a dignidade humana.

Compreende-se que a Violência Perpetrada por Parceiro Íntimo não pode ser analisada como um fenômeno restrito ao âmbito privado ou às trajetórias individuais, mas como expressão concreta de relações históricas de poder que atravessam a constituição subjetiva e a vida cotidiana das mulheres. Nesse cenário, a Psicologia é eticamente

convocada a assumir um posicionamento crítico e implicado, capaz de desnaturalizar a violência, reconhecer seus impactos individuais e coletivos e contribuir para a construção de possibilidades de existência mais dignas e emancipadas. Assim, este capítulo propõe articular bases teóricas, éticas e políticas que orientem uma escuta qualificada e uma práxis profissional comprometida com a promoção dos direitos humanos, com o enfrentamento da VPPI e com a transformação das estruturas que sustentam a desigualdade de gênero.

Cultura e dinâmicas violentas em relacionamentos íntimos

Desde o momento em que nossa existência no mundo se torna consciente até o fim da vida, vivemos rodeados de pessoas, tecnologias e contextos que constantemente nos ensinam como podemos e devemos agir. Esse aprendizado se dá tanto pela oferta de modelos a seguir quanto pela reação dos outros às nossas ações, constituindo o que chamamos de cultura (Medeiros, 2025). A cultura opera como um mecanismo regulador que determina nosso modo de agir, os ideais aos quais aspiramos e os caminhos considerados legítimos para alcançá-los. Seu poder se exerce não apenas pelo ensino de padrões a serem seguidos, mas também pela punição sistemática de comportamentos dissidentes daquilo que é tido como “normal” (Zanello, 2018; Medeiros, 2025). No entanto, como adverte Medeiros (2025):

“Nem todas as pessoas que se adequam aos modelos culturalmente impostos de relacionamentos serão felizes por isso. Além disso, se adequar a tais modelos não é fácil para todas as pessoas, o que é acompanhado de fortes respostas de ansiedade e frustração” (p. 293).

Portanto, cabe à Psicologia analisar criticamente esses padrões, buscando compreender o comportamento humano independentemente da área de atuação ou abordagem teórica.

Para compreender como a cultura se inscreve na vivência do amor, serão utilizadas as contribuições de Zanello (2018). A partir da noção foucaultiana de dispositivos, enquanto processos de subjetivação que produzem sujeitos, moldando seus desejos e identidades a partir de normas culturalmente estabelecidas, a autora cunha o conceito de

dispositivos de gênero para analisar como a cultura opera na produção de feminilidades e masculinidades específicas. Ela aponta que, nessa estrutura, o dispositivo feminino é denominado como dispositivo amoroso e materno, orientando a subjetivação das mulheres na sociedade ocidental para o cuidado afetivo e para a busca de reconhecimento no campo amoroso. Como destaca Zanello (2018), para muitas mulheres, “ser escolhida” configura-se como um eixo fundamental de validação social e pessoal, de modo que a noção de realização feminina frequentemente se restringe ao exercício de uma relação amorosa estável e da maternidade.

Por outro lado, o dispositivo masculino é descrito como o dispositivo da eficácia, que opera por meio da virilidade laborativa e sexual. Isso associa a identidade masculina à obrigação de alcançar sucesso profissional para prover a família e naturaliza uma sexualidade ativa, insaciável e frequentemente poligâmica como expressão da “natureza” masculina (Zanello, 2018). Nessa lógica, os homens são estimulados a cultivar projetos e interesses que garantam um futuro profissional promissor, que o possibilite cumprir o papel de provedor, e a ‘coleccionar’ experiências sexuais como forma de obter prestígio social. Essa estrutura binária e assimétrica estabelece relações desiguais de poder no âmbito afetivo, criando um terreno fértil para dinâmicas de controle que podem naturalizar a violência nas relações íntimas.

Além disso, deve-se levar em consideração que estamos inseridos em uma cultura patriarcal que estabelece uma estrutura de poder ideologicamente machista e sexista, que de acordo com Saffioti (2004), promove a dominação-exploração das mulheres pelos homens e se mantém através das desigualdades de poder entre os gêneros. Segundo a autora, a dominação sempre está associada à exploração e ambas agem no sentido de assegurar a continuidade da lógica patriarcal que legitima as desigualdades de poder entre os gêneros, bem como a violência contra a mulher (Nicolodi & Huzinker, 2021; Saffioti, 2004). A exploração serve a lógica patriarcal por meio do trabalho de cuidado não remunerado exercido majoritariamente por mulheres no seio familiar, da exploração sexual, pela ideia de débito conjugal onde à mulher é colocado como dever manter relações sexuais com o marido, e no controle dos direitos reprodutivos, fazendo com que a função social da mulher esteja ligada geração de excedente populacional, essencial para a manutenção da ordem capitalista (Saffioti, 2004; Zanello, 2018).

As análises da VPPI enquanto fenômeno que atinge de forma contundente e arriscada as mulheres, partem de configurações hegemônicas de relacionamentos, representado majoritariamente por relações heterossexuais, já que é o modo de se relacionar afetivo-sexualmente socialmente aceito e perpetuado (Zanello, 2018). Essa lógica estabelece a atração pelo sexo oposto como normativa a ser naturalizada, bem como a reprodução de papéis de gênero rígidos dentro da dinâmica relacional que correspondem aos dispositivos de gênero supracitados. No entanto, está, além de não é ser a única forma de exercer a sexualidade e afetividade em relações íntimas, também não isenta as relações homoafetivas de serem palco de violências, mesmo que subvertem a lógica heteronormativa. Como destaca Topa (2010), a VPPI entre pessoas do mesmo sexo, traduz dinâmicas de poder que perpetuam estereótipos veiculados a modelos heteronormativos, por meio de dicotomias como ativo/passivo entre homens gays e bissexuais e fem/defem entre mulheres lésbicas e bissexuais.

Nesse cenário de desigualdade, em que o masculino se associa à potência e o feminino à docilidade, atos de agressividade são frequentemente vistos como comportamentos esperados e até culturalmente sancionados quando partem de homens (Saffioti, 1999; Zanello, 2018). A socialização feminina, pautada no dispositivo amoroso, ensina as mulheres a priorizar a manutenção do vínculo a qualquer custo, levando-as a silenciar desejos, tolerar desconfortos e evitar conflitos legítimos em nome da harmonia relacional (Picoli et al., 2025; Zanello, 2025). Assim, a violência deixa de ser percebida como violação, passando a ser interpretada como parte do “contrato” afetivo, um preço a pagar para obter a validação social vinculada à estabilidade de estar em um relacionamento e não sofrer com a ideia de não ter sido escolhida. Esse modo de vivenciar os relacionamentos tem raízes históricas profundas, como demonstra Lerner (2019) ao apresentar registros de civilizações antigas nas quais a mulher já era tratada como propriedade do homem, status que a tornava passível de coerção sexual e violência física. Consequentemente, a tolerância e a reprodução de dinâmicas violentas são comportamentos aprendidos e socialmente validados, que adquirem falsa legitimidade ao serem mascarados por narrativas de amor, proteção e dever conjugal (Medeiros, 2025). A violência consolida-se, portanto, não como exceção patológica, mas como mecanismo de reafirmação do poder masculino numa ordem social que a produz e normaliza.

Ignacio Martín-Baró (2017), teórico fundador da Psicologia da Libertação, elabora uma conceituação de violência profundamente marcada pelo contexto latino-americano de colonialismo e opressão estrutural. Para ele, a violência não se reduz a atos isolados de agressão, mas constitui um fenômeno social enraizado na “estruturação dos interesses sociais e sua conseqüente elaboração ideológica” (Martín-Baró, 2017, p. 204). Essa perspectiva revela que toda violência possui um “fundo ideológico”, correspondente a um conjunto de valores e narrativas socialmente construídas que a legitimam, justificam e desumanizam as vítimas, apresentando-as como merecedoras de seu sofrimento (Martín-Baró, 2017). Podemos ilustrar isso no contexto da VPPI quando, diante de uma agressão, o primeiro questionamento coletivo é ‘o que ela fez para ele reagir assim?’, como se houvesse justificativa para a violência em uma relação que deveria ser pautada pelo afeto mútuo. Martín-Baró (2017) alerta que, uma vez institucionalizada nas relações sociais, a violência se banaliza a ponto de ser difícil de distinguir seu uso como “defesa” ou “ataque”, transformando-a em um elemento corrosivo e cotidiano. Sua contribuição é vital para deslocar a análise da violência do plano individual para o estrutural e ideológico.

Sendo assim, a violência contra as mulheres se expressa como uma forma de reafirmação de lugar de poder. Segundo Saffioti (2004), ela emerge quando os homens se veem impossibilitados de exercer o poder e a dominação que lhes é socialmente atribuído. Como afirma Zanello (2018), a violência surge como forma de reafirmação da virilidade e poder no sistema patriarcal. Nesse sentido, a violência funciona como um mecanismo de restituição do poder, frente à ameaça à autoridade masculina, reiterando, mesmo que pelo uso da força física, o projeto de dominação-exploração sobre as mulheres (Saffioti, 2001). A manutenção desse ciclo é ainda fortalecida pelas desigualdades econômicas, que geram dependência financeira na configuração familiar e dificultam a ruptura com a relação violenta (Nicolodi & Huzinker, 2021; Saffioti, 2004; Zanello, 2018).

Compreender as nuances estruturais e culturais que naturalizam as assimetrias de poder e a violência nas relações íntimas é uma ferramenta ética fundamental para a atuação psicológica. Reconhecer que a violência é, antes de tudo, um fenômeno social com viés ideológico, sustentado por dispositivos de gênero que perpetuam desigualdades, é o que permite ao psicólogo identificar seus vestígios mesmo quando não se apresentam

como agressões explícitas (Martin-Baró, 2017; Zanello, 2018). A violência psicológica, o controle sutil, a coerção sexual e a degradação patrimonial muitas vezes passam despercebidos, envoltos em valores morais que sustentam sua perpetuação. Sem esse olhar crítico, que desnaturaliza o poder patriarcal e questiona os roteiros amorosos hegemônicos, o profissional arrisca-se a perpetuar a invisibilidade dessas violências (Picoli et al., 2025). Essa análise constitui, portanto, a base para uma atuação que não apenas acolhe e intervém em situações já consolidadas, mas que também opera de forma preventiva, desmontando dinâmicas violentas em seus estágios iniciais e evitando sua progressão para formas de agressão cujos danos podem ser irreparáveis.

Formas com que a violência perpetrada por parceiro íntimo se expressa

A VPPI raramente se apresenta no setting terapêutico como uma queixa explícita e nomeada pela pessoa atendida. Com mais frequência, ela chega encoberta por sintomas como ansiedade, depressão, baixa autoestima ou por conflitos relacionais aparentemente comuns. Cabe ao psicólogo, então, por meio de uma escuta qualificada e contextualizada, reconhecer os fatores subjacentes a esse sofrimento. Infelizmente, como apontam Almeida e Costa (2010), nossa sociedade e mesmo os serviços de saúde demonstram maior sensibilidade para identificar a violência quando ela se manifesta em forma de agressão física, em detrimento de suas outras expressões. Essa tendência faz com que formas como a violência psicológica, moral, sexual ou patrimonial frequentemente não recebam a atenção e o cuidado necessários. Nesse cenário, a Psicologia ocupa uma posição privilegiada, pois, por meio do vínculo terapêutico e do contrato de sigilo, consegue acessar a dimensão privada das dinâmicas afetivas e familiares. A partir desse acesso, torna-se possível identificar a presença da VPPI, acolher a pessoa em situação de violência, promover a psicoeducação para capacitá-la a reconhecer as agressões sofridas e, juntos, construir estratégias para romper o ciclo violento. Para isso, é fundamental compreender minuciosamente como a VPPI se manifesta e quais fatores contribuem para sua manutenção.

Nesse sentido, a identificação da VPPI na prática psicológica exige não apenas sensibilidade clínica, mas também conhecimento técnico que permita nomear a violência e reconhecer suas múltiplas expressões. A articulação entre a escuta qualificada e os referenciais legais torna-se

fundamental para ampliar a compreensão do fenômeno e garantir que o sofrimento identificado seja situado dentro de um marco de direitos, possibilitando intervenções mais éticas, responsáveis e protetivas.

A legislação brasileira conta com a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. A lei define violência contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Seu âmbito de aplicação é amplo, abrangendo a violência doméstica (ocorrida no âmbito da unidade doméstica), a violência familiar (envolvendo parentes por consanguinidade ou afinidade) e a violência em relações íntimas de afeto, independentemente da orientação sexual da vítima ou do agressor (Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006). Para operacionalizar essa proteção, a legislação detalha cinco formas específicas de violência, conforme disposto em seu Art. 7º:

I. Violência física: Entendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher. Exemplos incluem espancamento, sufocamento, lesões por objetos cortantes ou queimaduras.

II. Violência psicológica: Caracteriza-se por qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima, prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões. Isso abrange ameaças, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz (*stalking*), insultos, chantagem emocional, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir.

III. Violência sexual: Configura-se como qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força. Inclui a indução a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, o que impede ou limita o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, como a imposição do aborto ou a recusa ao uso de métodos contraceptivos.

IV. Violência moral: Consiste em qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. A calúnia ocorre ao imputar falsamente a alguém a prática de um crime; a difamação, ao ofender a sua

reputação; e a injúria, ao ofender sua dignidade ou decoro, utilizando-se de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem, condição de pessoa idosa ou com deficiência.

V. Violência patrimonial: Entende-se como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades. Também se inclui a violação do direito de posse ou propriedade de bens comuns do casal.

Diferentemente de parâmetros internacionais que frequentemente circunscrevem a violência contra a mulher às dimensões física, sexual e psicológica, a Lei Maria da Penha estabelece um olhar mais integral e contextual ao incorporar também as violências moral e patrimonial. Essa abrangência faz da lei não apenas um instrumento jurídico, mas uma robusta base para a psicoeducação e a conscientização, permitindo que profissionais, como os psicólogos, identifiquem experiências de violências que, de outra forma, poderiam permanecer invisíveis. A escalada dessas violências encontra seu desfecho mais extremo no feminicídio. Desde 2015, a Lei nº 13.104, conhecida como Lei do Feminicídio, qualifica esse crime como hediondo no Brasil, reconhecendo oficialmente o caráter de gênero e a gravidade do assassinato de mulheres em contextos de violência doméstica ou por menosprezo à condição feminina (Lei Nº 13.104, de 9 de março de 2015).

Um ponto particularmente delicado da VPPI é que, frequentemente, a mulher vitimada pela violência permanece no relacionamento apesar das agressões. Isso nos convoca a compreender os fatores psicológicos, sociais e materiais que sustentam essa permanência. Uma das dinâmicas centrais para entendê-la é o Ciclo da Violência, modelo descrito por Lenore Walker (como citado em Oliveira et al., 2025), que é descrito em três fases recorrentes: (1) acumulação de tensão, fase marcada pela intimidação, em que as agressões são majoritariamente verbais em que geralmente a vítima evita algumas ações para não provocar tensão; (2) explosão violenta, fase em que a violência se manifesta nos seus diferentes tipos de forma contundente e que representa maior risco para a vida da mulher; e (3) "lua de mel", caracterizada por arrependimento, demonstrações de afeto e promessas de mudança por parte do agressor.

Essa intermitência entre violência e demonstração de afeto fortalece a esperança da vítima e dificulta a ruptura (Oliveira et al., 2025).

Além do ciclo da violência, Oliveira et al. (2025) destacam uma série de fatores mantenedores que atuam como barreiras concretas ao rompimento, incluindo:

1. Riscos do rompimento: o medo de represálias e de risco à integridade física ao impor o fim do relacionamento;
2. Vergonha e medo: da reação do agressor e do julgamento das pessoas do convívio ao descobrirem a razão do rompimento;
3. Esperança de que o parceiro mude: alimentada pela fase da “lua de mel”;
4. Isolamento: caracterizado como uma característica comum de relacionamentos abusivos, pode ser imposto pelo agressor ou auto infligido por meio da vergonha em se expor a situação que está vivenciando;
5. Negação social: a falta de preparo ou eficiência das redes de proteção institucionais;
6. Barreiras que impedem o rompimento: ameaças ou chantagens que sabotam a autonomia da vítima;
7. Dependência econômica: falta de recursos financeiros para custear suas necessidades de forma independente;
8. Deixar a relação é um longo processo: e a dificuldade em elaborar e executar estratégias de saída.

Os fatores mantenedores da VPPI não operam de forma isolada ou linear, mas se articulam em uma trama dinâmica que produz e reforça a sensação de aprisionamento subjetivo e material da mulher na relação violenta. Medo, vergonha, esperança de mudança e isolamento se entrelaçam a condições estruturais como a dependência econômica, a fragilidade das redes de proteção e a insuficiência das respostas institucionais, criando um cenário no qual o rompimento pode representar riscos ainda maiores do que a permanência. Além disso, as ameaças, chantagens e a vigilância exercida pelo agressor corroem progressivamente

a autonomia e a capacidade de imaginar saídas possíveis, naturalizando a violência como parte da rotina relacional. Nesse sentido, permanecer na relação não expressa passividade ou convivência, mas revela uma estratégia de sobrevivência construída dentro de limites concretos impostos por relações desiguais de poder.

Portanto, a decisão de permanecer na relação não pode ser reduzida a uma escolha individual irracional, mas deve ser compreendida como uma resposta a um contexto de coerção multifatorial, influenciada pelo tempo de convívio, pela natureza do compromisso assumido e, crucialmente, pela disponibilidade de um suporte social e institucional capacitado para acolher e proteger (Oliveira et al., 2025).

As repercussões da VPPI são devastadoras e transcendem o âmbito privado, afetando a saúde integral da mulher e comprometendo seu funcionamento social. Dados do DataSenado (2025) revelam a extensão desse impacto na vida cotidiana: 69% das mulheres que sofreram violência relataram prejuízos em sua rotina diária, 68% no convívio social, 46% na vida profissional e 42% nos estudos. Esse comprometimento funcional é acompanhado por severas sequelas para a saúde física e mental, conforme sintetizado por Lourenço e Costa (2020). No campo da saúde mental, os autores destacam a prevalência de depressão, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, distúrbios do sono, dificuldades de concentração, medo, baixa autoestima, abuso de álcool e outras substâncias e aumento do risco de ideação suicida (Lourenço & Costa, 2020). Já os impactos na saúde física vão além das lesões imediatas, manifestando-se em sintomas psicossomáticos como cefaleias crônicas, náuseas, tonturas, picos hipertensivos, dores generalizadas, fadiga e problemas gastrointestinais e respiratórios.

A exposição à VPPI também afeta os filhos do casal, gerando uma cadeia de prejuízos que pode comprometer seu desenvolvimento integral. Além do risco direto à gestação, como apontado por Lourenço e Costa (2020), que relacionam a violência física à ocorrência de abortos, os impactos se estendem a outros âmbitos. Rocha et al. (2021) indicam que testemunhar situações de VPPI entre os pais está frequentemente associado à queda no rendimento escolar. Contudo, a consequência mais devastadora e de longo prazo reside na internalização de padrões relacionais violentos. Como discutido por Oliveira et al. (2025), presenciar cenas de violência ou desrespeito pode levar à naturalização desses comportamentos, resultando na sua repetição na vida adulta, seja

reproduzindo a agressão como perpetradores, seja aceitando tratamentos abusivos como vítimas em relacionamentos futuros. Dessa forma, a VPPI semeia ciclos de violência que podem se perpetuar por gerações.

Compreender essa complexidade é fundamental para que a atuação psicológica evite leituras moralizantes, reconheça os condicionantes sociais e subjetivos envolvidos e contribua para a construção gradual de alternativas seguras, sustentadas por suporte emocional, social e institucional efetivo.

Compromisso social ético e político da psicologia

O exercício da Psicologia é constitutivamente orientado por um compromisso social explícito, constante no II Princípio Fundamental do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), que estabelece como dever da profissão trabalhar pela eliminação de todas as formas de violência e opressão. Desse modo, o profissional que se depara com uma situação de VPPI é eticamente convocado a posicionar-se em favor da proteção e da integridade da pessoa que está em situação de violência. Assumir uma postura de silêncio, omissão ou minimização da violência constitui, portanto, uma violação ao próprio código que rege a profissão. O compromisso ético materializa-se em uma prática que confronta as dinâmicas de poder que sustentam a VPPI e que mobiliza recursos objetivos e subjetivos para romper seu ciclo.

Nesse sentido, a Psicologia qualifica-se como um instrumento de transformação social quando assume a tarefa de enfrentar as opressões e buscar alternativas de existência fundamentadas na integridade, autonomia e dignidade humanas. Essa vocação dialoga diretamente com as contribuições de Martin-Baró (2017), para quem o emprego da violência se mantém por sua eficácia na manutenção da ordem vigente. Fazendo com que comprometer-se com a transformação implique, assim, em promover uma “consciência crítica” que desnaturalize a violência, tornando-a menos eficaz como mecanismo de controle (Martin-Baró, 2017).

No contexto específico da VPPI, essa conduta se concretiza por meio de ações que estimulem a autonomia da mulher e enfraqueça os fatores que contribuem para sua permanência no relacionamento violento (Oliveira et al., 2025). Isso implica um trabalho de acolhimento, análise

das variáveis presentes em cada situação, psicoeducação sobre os mecanismos que mantêm a violência como o “Ciclo da Violência” e outros dados sobre a reprodução de estruturas de poder no âmbito privado, aliado ao fortalecimento da autoestima e ao desenvolvimento de estratégias que promovam a independência emocional e financeira. Paralelamente, é essencial fortalecer intencionalmente a rede de apoio, composta pelo círculo social, familiar, profissional e pedagógico e por serviços especializados de saúde, segurança e assistência social, criando suportes concretos que se opunham ao isolamento e viabilizem a ruptura com segurança. Portanto o fortalecimento desta mulher gira em torno de buscar outras fontes de afeto e cuidado, e incentivar a autonomia de forma que ela possa se ver enquanto sujeito capaz de construir outras possibilidades de vida fora da lógica violenta.

A Psicologia tem a possibilidade de atuar em múltiplos eixos no combate à VPPI, desde o acolhimento direto à vítima e a intervenção com os agressores, passando pelo suporte a familiares e amigos, até a qualificação das práticas institucionais nos serviços de saúde, educação, segurança e assistência social. Desempenha, assim, um papel indissociável do enfrentamento contínuo de todas as violências e opressões. Nas palavras de Martín-Baró (2017), “Cabe ao psicólogo, [...] promover uma necessária consciência crítica das pessoas com a finalidade de ajudar a descobrir o que há de intolerável e desumanizador nas exigências da normalidade cotidiana, a qual é imposta como natural” (p. 265). Nesse sentido, se romper com a normalidade significa romper ciclos violentos, o psicólogo atua promovendo outras possibilidades de existir, mais alinhadas a uma ética pautada “na promoção da liberdade, dignidade, igualdade e integridade do ser humano” (CFP, 2005, p. 7) e menos vinculadas a valores tradicionais que perpetuam condições desiguais de vida.

Conclusão

Ao longo deste capítulo, buscou-se percorrer o complexo terreno da Violência por Parceiro Íntimo (VPPI) não como um fenômeno isolado ou um mero desvio relacional, mas como um sintoma agudo de estruturas sociais desiguais que se reproduzem no espaço mais íntimo da vida. Partindo da constatação de que a violência contra a mulher ocorre majoritariamente no ambiente doméstico e é perpetrada por quem deveria ser fonte de afeto e proteção, a análise evidenciou que compreender a

VPPI exige um duplo movimento: olhar para dentro das dinâmicas relacionais e, simultaneamente, para as estruturas culturais e de poder que as produzem. A violência íntima, portanto, não começa com uma agressão física, mas com um longo processo de aprendizagem cultural que naturaliza hierarquias, ensina scripts amorosos assimétricos e pune comportamentos dissidentes (Gomes et al., 2016; Medeiros, 2025; Saffioti, 2004).

A cultura, enquanto grande produtora de sentidos e normas, revelou-se o eixo central para a compreensão dessa naturalização. Através dos dispositivos de gênero, a socialização se direciona a reproduzir masculinidades baseadas na eficácia, no provimento e numa sexualidade insaciável, e feminilidades orientadas para o cuidado, a disponibilidade emocional e a validação por meio do “ser escolhida” (Zanello, 2018). Essa assimetria, onde um polo é socializado para a fusão amorosa como identidade e outro para a performance e o domínio, cria um terreno permanentemente fértil para frustrações, conflitos e, em seus extremos, para a legitimação da violência como ferramenta de correção e controle (Saffioti, 2004; Zanello, 2018). A violência passa a ser interpretada não como uma ruptura do contrato afetivo, mas como uma cláusula implícita deste, um “preço” a ser pago pela estabilidade do vínculo, mascarada por narrativas de amor, ciúme e proteção.

A Lei Maria da Penha (Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006) emerge, neste cenário, como um contraponto jurídico fundamental. Ao tipificar de forma integrada as violências física, psicológica, sexual, moral e patrimonial, a lei oferece uma lente ampla e detalhada para nomear experiências que, de outra forma, permaneceriam difusas e banalizadas. Ela é um instrumento crucial para a conscientização social e pode ser usada como orientação ética para a prática profissional. No entanto, a existência da lei, por si só, não desmonta os mecanismos que produzem a violência. É necessário compreender como ela opera no cotidiano. Por meio do conceito de Ciclo da Violência, que se retroalimenta em fases de tensão, explosão e “lua de mel”, e através dos fatores mantenedores, como medo, dependência econômica, isolamento, esperança, ausência de rede de apoio e atenção. Que transformam a decisão de romper com a violência em um processo prolongado, perigoso e multifatorial, e não numa simples escolha individual (Oliveira et al., 2025).

As consequências dessa violência são catastróficas e reverberam em cadeia. Para a mulher, os impactos transcendem as lesões visíveis,

podendo se manifestar em um amplo espectro de agravos à saúde mental por meio da depressão, estresse pós-traumático e ideação suicida, e física com dores crônicas, problemas gastrointestinais, respiratórios e sequelas ginecológicas, além de prejudicar gravemente seu funcionamento social, comprometendo rotina, convívio, carreira e estudos (DataSenado, 2025; Lourenço & Costa, 2020). Para os filhos que testemunham a violência, os prejuízos incluem desde quedas no rendimento escolar até a internalização e reprodução intergeracional de padrões relacionais abusivos, perpetuando a naturalização da violência (Rocha et al., 2021; Oliveira et al., 2025). O feminicídio representa o ápice trágico e letal desta escalada, a confirmação brutal de que a VPPI, pode culminar no aniquilamento da vida.

Diante dessa realidade, o lugar da Psicologia frente à VPPI é de posicionamento contrário à sua reprodução e naturalização, amparada ao compromisso ético fundamental precisa assumir-se plenamente como uma prática que tem como norte transformar esta realidade por meio de ações cotidianas. Isso significa recusar a neutralidade. Portanto se a violência é eficaz enquanto mecanismo de manutenção da ordem vigente, como postula Martín-Baró (2017), a tarefa da Psicologia é tornar a violência ineficaz no controle dos indivíduos. E isso se faz através de uma atuação crítica e posicionada que opera em duas frentes principais: o fortalecimento da autonomia da mulher e o enfraquecimento sistemático dos fatores que a mantêm na situação de violência.

Na prática, isso se traduz em uma atuação psicológica que vai além da escuta e acolhimento. Envolve uma escuta qualificada que desvela e nomeia as violências sutis, que psicoeduca sobre a dinâmica do ciclo abusivo, que trabalha ativamente a reconstrução da autoestima e que elabora, em conjunto com a mulher, estratégias concretas para a independência emocional e financeira. Paralelamente, é uma atuação que se expande para além do consultório, assumindo o papel de articuladora e fortalecedora de redes. O psicólogo deve ativar e qualificar o suporte da rede sociofamiliar e, de modo indispensável, facilitar o acesso e a integração da mulher à rede pública e especializada de proteção, os serviços de saúde, as delegacias da mulher, as defensorias públicas e os abrigos. Criar estes suportes concretos é criar alternativas reais ao cerceamento característico da situação de violência.

Esta atuação multifacetada revela que o psicólogo pode e deve intervir em múltiplos eixos: no acolhimento e fortalecimento direto da pessoa que está em situação de violência; na responsabilização do

perpetrador, através de grupos reflexivos que questionem os dispositivos masculinos de dominação; na orientação a familiares e amigos, capacitando-os em uma rede de segurança e apoio; e, por fim, na sensibilização e qualificação das instituições dos sistemas de saúde, educação, justiça e assistência social, atuando para que estas não revitimizem, mas sim acolham, protejam e promovam autonomia.

Conclui-se, portanto, que o enfrentamento da VPPI é um dos terrenos onde a dimensão ciência, profissão e compromisso social da psicologia se atualiza com maior urgência e potência. Enfrentar a VPPI é trabalhar na contramão de uma cultura que ensina a desigualdade como amor. É empregar o conhecimento psicológico não para adaptar indivíduos a estruturas opressivas, mas para capacitá-los a desnaturalizá-las e romper com sua reprodução. O horizonte deste trabalho é a construção de relações íntimas verdadeiramente pautadas no afeto e não em espaços de domínio e medo, mas de encontro, respeito mútuo, cuidado e liberdade. Uma Psicologia comprometida com este horizonte é uma Psicologia que cumpre, em sua totalidade, seu papel histórico e ético: o de ser uma ferramenta ativa na promoção da dignidade e na garantia do direito a uma vida livre de violência para todos e todas.

Referências

- Antunes, R. (2017). Da educação utilitária fordista à da multifuncionalidade liofilizada. In Reunião Nacional ANPED. São Luís: Maranhão. Anais. Associação. Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. pp. 1-15. http://38reuniao.anped.org.br/sites/default/files/resources/programacao/trabalhoem_38anped_2017_gt11_textoricardantunes.pdf.
- Almeida, J. B. L.; Costa, J. B. (2010). Da naturalização à perpetuação: o papel do cotidiano de nossas crenças sociais no processo de percepção das várias formas da violência contra a mulher. *Amazônica*, v.5, n. 2, p. 158-181. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4028788>
- Cerqueira, D., & Bueno, S. (coords.). (2024). Atlas da violência 2024. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de

<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031>.

- Conselho Federal de Psicologia. (2005). Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP nº 010/05). Brasília, agosto de.
- Gomes, T. M. V., Rosa, D. O. A., Tavares, R., de Melo, E. M., & de Melo, V. H. (2016). Avaliação da interface dos diferentes tipos de violência provocada pelo parceiro íntimo contra a mulher. *Revista Médica de Minas Gerais*.
- Instituto de Pesquisa DataSenado. (2025). Pesquisa Nacional de Violência contra a Mulher. Secretaria de Transparência, Senado Federal. <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado>.
- Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.ht.
- Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. (2015). Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. *Diário Oficial da União*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.ht.
- Lerner, G. (2019). A criação do patriarcado: História da opressão das mulheres pelos homens (L. Sellera, Trad.). Cultrix. (Trabalho original publicado em 1986).
- Lourenço, L. M., & Costa, D. P. (2020). Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 13(1), 1-18.
- Martín-Baró, I. (2017). Crítica e libertação na psicologia. *Vozes*. <https://plataforma.bvirtual.com.br>.
- Medeiros, C. A. (2025). Contribuições da Psicoterapia Comportamental Pragmática na compreensão das relações amorosas a partir do controle cultural do comportamento. In L. B. Nery & M. B. de O. Borges (Orgs.), *Relações amorosas, terapia de casais e análise do comportamento*, 293-313. Appris editora.

- Morais, A. O. de, & Laurenti, C. (2025). Conflitos entre contingências patriarcais e o contracontrole feminista nos relacionamentos afetivos: uma discussão ilustrada por casos clínicos. In L. B. Nery & M. B. de O. Borges (Orgs.), *Relações amorosas, terapia de casais e análise do comportamento*, 47-78. Appris editora.
- Nicolodi, L., & Hunziker, M. H. L. (2021). O patriarcado sob a ótica analítico-comportamental: considerações iniciais. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 17(2).
- Oliveira, A. S., Alencar, B. M., & Nery, L. B. (2025). Diferenciando relações respeitadas e desrespeitadas: Algumas contribuições para a identificação do desrespeito/da violência e o fortalecimento do respeito em relações amorosas. In L. B. Nery & M. B. de O. Borges (Orgs.), *Relações amorosas, terapia de casais e análise do comportamento*, 355-393. Appris editora.
- Picoli, A., Aggio, N. M., & Zanello, V. (2025). A perspectiva de gênero na terapia analítico-comportamental: a importância do olhar genderado sobre diferentes contingências e aprendizagens sociais. In L. B. Nery & M. B. de O. Borges (Orgs.), *Relações amorosas, terapia de casais e análise do comportamento*, 27-45. Appris editora.
- Rocha, R. L., Silva, J. A. N., Silva, C. S., & Spinola, M. C. R. (2021). Violência doméstica contra a mulher e seus impactos sociais. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 1542-1565.
- Saffioti, H. I. (1999). Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo em perspectiva*, 13, 82-91.
- Saffioti, H. I. (2001). Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos pagu*, 115-136.
- Saffioti, H. (2004). *Gênero, patriarcado, violência*. Ministério Público do Estado da Bahia.
- Topa, H. (2010). No arco-íris também há roxo: Violência conjugal nas relações lésbicas. *LES Online*, 2(1), 13-20.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Editora Appris.

**A pílula anticoncepcional no campo das
publicações científicas brasileiras: uma
revisão sistemática**

Nathália Tavares Bellato Spagiari

Silvia Cordeiro Nogueira

Rodrigo Sanches Peres

A partir da década de 1960, com a disponibilização da pílula anticoncepcional nos Estados Unidos da América e, posteriormente, em 1962, no Brasil, as mulheres se colocaram na sociedade além do âmbito maternal. Este marco histórico proporcionou a separação da sexualidade da reprodução, permitindo maior controle sobre o ciclo reprodutivo feminino (Nucci, 2012; Manica, 2009). Por intermédio da procura por um método “simples e barato de contraceção” (Nucci, 2012, p. 131), o desenvolvimento do anticoncepcional hormonal feminino passou por transformações até encontrarem o modo mais acessível de sua administração pelo público feminino, a pílula. Criou-se um medicamento que fosse administrado oralmente e mimetizasse a menstruação, visando à menor repercussão no ciclo menstrual e a maior aceitabilidade pelas mulheres. Atualmente, o composto hormonal de ‘nova geração’ é muito utilizado por mulheres saudáveis com objetivos desde o estético ao contraceptivo (Nucci, 2012; Manica, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013; 2015), o anticoncepcional hormonal compõe a classe dos métodos contraceptivos reversíveis disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde – o SUS. Isto é, ofertados dentro do território nacional brasileiro, dispendo atender o planejamento reprodutivo, com ações “[...] voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade” (Brasil, 2015, p.126). Desta maneira, possibilita-se ao indivíduo maior compreensão, autonomia e escolha sobre o próprio corpo, de informações sobre seu funcionamento

até contraceptivos gratuitos (Brasil, 2015; Farias et al., 2016). O contraceptivo feminino mais utilizado é a esterilização e, em seguida, o anticoncepcional hormonal oral – conhecido como pílula –, usado por 25% das mulheres brasileiras de 15 a 49 anos (Brasil, 2013).

Logo, frequentemente prescrito pelos profissionais de saúde e utilizado pelas mulheres, a pílula recebeu grande investimento em pesquisas e publicações em torno do tema. Assim, o que vem sendo publicado, enquanto artigos científicos, sobre a pílula anticoncepcional no Brasil? Buscou-se, com esta pesquisa, mapear o campo de publicações científicas sobre a pílula anticoncepcional feminina no cenário das revistas brasileiras de acesso online.

Método

Para o mapeamento das pesquisas publicadas sobre a pílula anticoncepcional em revistas brasileiras, utilizou-se o método de revisão sistemática de literatura e seguiram-se as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Liberati et al., 2009; Galvão et al., 2015). Buscaram-se artigos brasileiros nas principais bases de dados online – Scielo, Pepsic, Lilacs e ARCA. Os descritores foram selecionados nos sites da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS terminologias) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) correspondentes a “anticoncepcionais orais”. Utilizou-se do operador booleano (AND) para o detalhamento da busca realizada pelos termos: “anticoncepcionais AND femininos”, “anticoncepcionais AND orais”, “pílula AND anticoncepcional”, “contraceptive AND pill”, “contraceptive agents AND female”, “métodos AND anticoncepcionais AND femininos”, com exceção para o termo “pílula”.

A identificação dos artigos foi realizada manualmente; selecionaram-se os trabalhos que dataram até o final da coleta dos dados (03/11/2018), para contemplar os artigos antigos e, também, os atualizados sobre a temática. Obteve-se trabalhos em outras línguas além do português-brasileiro, como em inglês e espanhol, devido a algumas das revistas brasileiras serem reconhecidas internacionalmente. A seleção ocorreu através de critérios de inclusão e de exclusão, discutidos pelas autoras e elaborados em consenso, a saber: artigos produzidos por autores brasileiros e/ou estrangeiros publicados em revistas brasileiras, artigos sobre a pílula anticoncepcional de pesquisas clínico-laboratoriais, saúde

coletiva e trabalhos qualitativos sobre a pílula. Foram excluídos os artigos publicados em revistas estrangeiras, pesquisas que tratam somente de outros métodos contraceptivos, como também as que tratam somente da contraceção de emergência, além dos demais trabalhos que não fazem menção à pílula anticoncepcional.

Para melhor compreensão dos trabalhos encontrados, eles foram categorizados e divididos em três áreas de pesquisa sobre a pílula anticoncepcional: pesquisas clínico-laboratoriais, pesquisas em saúde coletiva e pesquisas qualitativas sobre o uso da pílula. A categoria das pesquisas clínico-laboratoriais abarca os trabalhos quanti e/ou qualitativos de cunho laboratorial ou clínico envolvendo o campo biomédico, enquanto as na categoria de pesquisas em saúde coletiva tratam de um fenômeno de saúde em determinado contexto. Já a categoria de pesquisas qualitativas sobre a pílula inclui trabalhos que versam sobre aspectos subjetivos ligados às mulheres que utilizam a pílula e suas implicações sócio-históricas.

Resultados

Foram identificados 665 artigos nos bancos de dados eletrônicos, dos quais 293 foram excluídos por duplicidade. Desta primeira seleção resultaram 372 trabalhos avaliados por seus títulos e resumos por meio dos critérios de inclusão e exclusão e, posteriormente, categorizados, resultando em 174 trabalhos para a etapa seguinte. Na segunda seleção, também composta pela leitura do título e resumo, buscaram-se os trabalhos com enfoque na pílula anticoncepcional, restando, assim, 63 para a etapa seguinte. Ela consistiu na leitura completa e avaliou-se a elegibilidade dos trabalhos; logo, foram excluídos 14 estudos de revisão, um estudo com pesquisa em animais e um estudo que não atendeu ao objetivo da pesquisa. Na etapa de elegibilidade, foram excluídos 15 pesquisas clínico-laboratoriais e uma pesquisa em saúde coletiva.

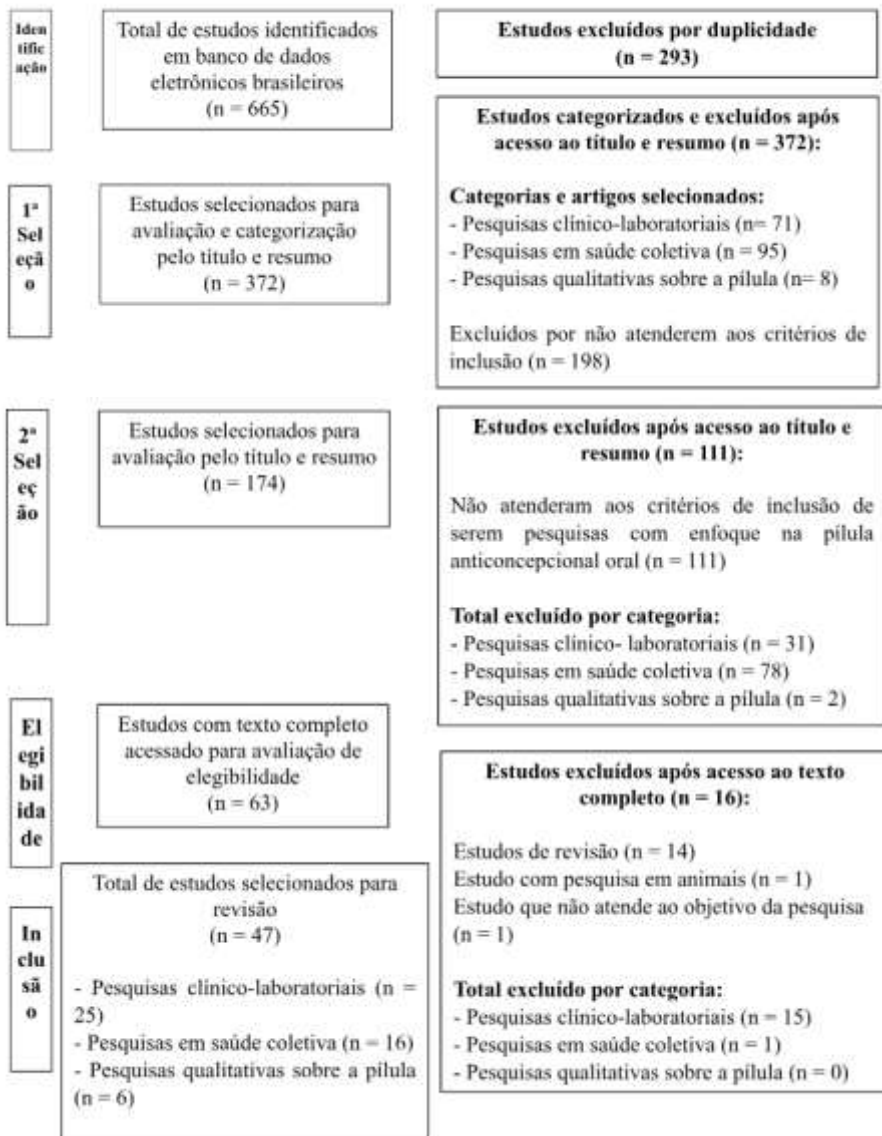


Figura 1. Fluxograma das fases do processo de seleção.

Portanto, foram incluídos nesta revisão 47 artigos, dos quais 25 pesquisas clínico-laboratoriais, 16 pesquisas em saúde coletiva e seis pesquisas qualitativas sobre a pílula (Figura 1). Um dos artigos foi incluído

por tratar de forma relevante o anticoncepcional oral e datar de publicação recente, mesmo desenvolvendo também o tema dos anticoncepcionais injetáveis.

Os artigos foram agrupados em categorias, como já anunciado acima, e serão apresentados em tabela, cada uma expondo uma categoria. A categoria de artigos sobre pesquisas clínico-laboratoriais (Tabela I) apresenta publicações de 1998 a 2018. Já as categorias de pesquisas em saúde coletiva (Tabela II) e as qualitativas sobre a pílula (Tabela III) são compostas por artigos publicados de 1972 a 2017 e 2000 a 2018, respectivamente. As pesquisas serão expostas e relacionadas entre si diante do seu objetivo e conclusões obtidas; o desenho do estudo será apresentado nas tabelas.

As publicações clínico-laboratorial brasileiras sobre a pílula anticoncepcional

Tabela I. Artigos selecionados na categoria sobre pesquisas clínico-laboratoriais e suas características (Autores / Ano, revista e Qualis / Título / Desenho do estudo).

Autores	Ano, revista, Qualis	Título	Desenho do estudo
Guedes <i>et al.</i>	2018, <i>Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial</i> , B1	Avaliação de perfil lipídico, proteína C reativa ultrasensível e dímero D de usuárias de diferentes tipos de contraceptivos orais	Não informado
Strufaldi <i>et al.</i>	2016, <i>Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia</i> , B1	Influence of dyslipidemia on the quality of sexual life in women in the menacme using a combined oral contraceptive	Não informado
Giglio <i>et al.</i>	2015, <i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> , A1	Contraceção hormonal segundo a ótica do estudante de medicina: mais um desafio para o ensino médico brasileiro?	Estudo transversal, descritivo
Simoes <i>et al.</i>	2015, <i>Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia</i> , B1	Influência de contraceptivos hormonais sobre indicadores de homeostase de zinco e de <i>turnover</i> ósseo em mulheres adultas jovens	Estudo transversal
Fortes <i>et al.</i>	2015, <i>Revista Brasileira de Ciência e Movimento</i> , B2	Influência do ciclo menstrual na força muscular e percepção subjetiva do esforço em atletas	Não informado

		de natação que utilizam contraceptivos	
Mariano <i>et al.</i>	2015, Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva, B2	Impacto do uso de anticoncepcional oral nas características e na evolução clínica de mulheres submetidas à intervenção coronariana percutânea primária	Não informado
Iwata <i>et al.</i>	2015, Revista da Associação Médica Brasileira, B1	Association of oral contraceptive and metformin did not improve insulin resistance in women with polycystic ovary syndrome	Estudo retrospectivo com análise do prontuário de pacientes com SOP
Petto <i>et al.</i>	2014, Arquivos Brasileiros de Cardiologia, A2	Comparação da lipemia pós-prandial de mulheres que utilizam e não utilizam contraceptivo oral	Estudo analítico prospectivo
Silva e Dias	2013, Audiology - Communication Research, B1	Amplitude das emissões otoacústicas produto de distorção e o uso de contraceptivos hormonais: estudo preliminar	Não informado
Medeiros <i>et al.</i>	2013, Revista Brasileira de Ciência e Movimento, B2	Efeitos de contraceptivo hormonal oral sobre o grau de força e composição corporal de jogadoras de vôlei: um estudo piloto	Não informado
Domingues <i>et al.</i>	2012, Journal of Applied Oral Science, A2	Influence of combined oral contraceptives on the periodontal condition	Não informado
Bahamondes <i>et al.</i>	2011, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, B1	Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados	Estudo de corte transversal
Gama <i>et al.</i>	2010, RBM. Revista Brasileira de Medicina, B1	Avaliação clínica do uso de duas preparações de etinilestradiol e acetato de ciproterona em menstruação irregular de origem hiperandrogênica	Estudo clínico duplo-cego, randomizado, controlado
Ventura <i>et al.</i>	2009, Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, B2	Associação de alterações cromáticas e uso de anticoncepcionais orais	Observacional, prospectivo, tipo corte transversal

Santos <i>et al.</i>	2008, Revista Brasileira de Fisioterapia, A2	Influência do uso de contraceptivos orais nos níveis lipídicos e nas respostas cardiorrespiratórias de mulheres saudáveis e sedentárias	Não informado
Estevão <i>et al.</i>	2007a, São Paulo Medical Journal, A2	Effect of oral contraceptive with and without associated estriol on ultrasound measurements of breast fibroadenoma: randomized clinical trial	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, placebo-controlado
Estevão <i>et al.</i>	2007b, São Paulo Medical Journal, A2	Efficacy of estriol in inhibiting epithelial proliferation in mammary fibroadenoma: randomized clinical trial	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, placebo controlado
Mitre <i>et al.</i>	2006, Revista Brasileira de Otorrinolaringologia	Avaliação audiométrica e vestibular em mulheres que utilizam o método contraceptivo hormonal oral	Não informado
Ichimura <i>et al.</i>	2005, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, B1	Influência do uso de anticoncepcionais hormonais orais sobre o número de células de Langerhans em mulheres com captura híbrida negativa para papilomavírus humano	Não informado
Silva <i>et al.</i>	2005, Revista Médica de Minas Gerais, B2	Achados citológicos em pacientes com infecção pelo papilomavírus humano (HPV) usuários de anticoncepcional oral	Análise retrospectiva
Ferreira e Medeiros	2004, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, B1	Avaliação da inibição do eixo neuroendócrino com contraceptivo oral de baixa dosagem	Não informado
Paula <i>et al.</i>	2003, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, B1	Efeitos dos contraceptivos hormonais orais de baixa dosagem estrogênica nas taxas de folato intraeritrocitário	Estudo prospectivo transversal
Tessaro <i>et al.</i>	2001, Revista de Saúde Pública, A1	Contraceptivos orais e câncer de mama: estudo de casos e controles	Não informado
Ferreira <i>et al.</i>	2000, Revista Brasileira de	Efeitos do contraceptivo oral contendo 20ug de	Não informado

	Hematologia e Hemoterapia, B1	etinilestradiol e 150ug de desogestrel sobre os sistemas de coagulação e fibrinólise	
Baracat <i>et al.</i>	1998, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, B1	Avaliação da tolerabilidade e do controle de ciclo de dois contraceptivos orais de baixa dose: estudo comparativo aberto	Estudo aberto comparativo

Observa-se, na Tabela I, uma variedade de publicações sobre a pílula anticoncepcional em diversas áreas, da médica até a do esporte. Contudo, há prevalência de artigos no campo da ginecologia e obstetrícia (Strufaldi et al., 2016; Simões et al., 2015; Bahamondes et al., 2011; Uchimura et al., 2005; Ferreira & Medeiros, 2004; Paula et al., 2003; Baracat et al., 1998). Além disto, alguns trabalhos tratam do uso da pílula anticoncepcional e suas implicações para o corpo da mulher e a propensão à determinadas doenças.

Petto et al. (2014) buscaram avaliar a capacidade do organismo de processar lipídeos em dois grupos de mulheres, as que utilizam e as que não usam a pílula anticoncepcional. Concluíram que as mulheres que usam a pílula – mesmo a de baixa dosagem hormonal – contém maior risco de desenvolverem doenças cardiovasculares. Isso corrobora uma pesquisa mais recente (Guedes et al., 2018) que aponta o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e o aumento do potencial trombogênico em mulheres usuárias da pílula, por intermédio da avaliação do uso dos anticoncepcionais orais associado com o perfil lipídico e os níveis da proteína C reativa ultrasensível (PCRus) e do dímero D. Já Santos et al. (2008) avaliaram as respostas cardiorrespiratória e constataram que o uso da pílula não altera a capacidade cardiorrespiratória, mas altera os níveis de colesterol total e de triglicerídios, o que vai ao encontro com os achados sobre maior propensão de doenças cardiovasculares nos demais estudos citados (Petto et al., 2014; Guedes et al., 2018).

Há de se ressaltar a importância da avaliação clínica para a prescrição da pílula anticoncepcional, como abordam Mariano et al. (2015) que, ao avaliarem seu impacto na evolução clínica em mulheres que passaram por intervenção coronariana percutânea primária, concluíram que algumas características das mulheres avaliadas apresentavam riscos iniciais – hipertensão e tabagismo – para o uso deste contraceptivo, o que dificultou o desfecho da pesquisa. Ferreira et al. (2000) analisaram a

influência de uma determinada composição de pílula (20 µg de etinilestradiol e 150 µg de desogestrel) nos sistemas de coagulação e fibrinólise e observaram que seu uso pode colaborar para o risco de doenças tromboembolíticas, ainda mais se relacionadas a fatores de risco pré-existentes na mulher. Estes autores reforçam a avaliação clínica criteriosa e verificação de fatores de risco cardiovascular para a escolha e prescrição da pílula anticoncepcional.

Strufaldi et al. (2016) buscaram compreender a relação entre dislipidemia e a qualidade da vida sexual de mulheres que utilizam a pílula. Averiguou-se que o uso de um tipo específico de anticoncepcional (etinilestradiol 30 mcg com levonorgestrel 150 mcg) aumentava a potência sexual das mulheres, como também se demonstrou que há pouca correlação entre a função sexual e os níveis de dislipidemia. Outra pesquisa⁹ buscou a influência do anticoncepcional na distribuição de zinco e o turnover ósseo em mulheres adultas e constatou a redução de absorção de zinco e do turnover ósseo afetando a massa óssea; seus efeitos serem mais evidentes em mulheres com mais de 25 anos e sem filhos.

Além da associação com alterações lipídicas, Iwata et al. (2015) buscou descobrir mudanças clínicas – como a resistência à insulina e a melhora na acne – em mulheres com síndrome do ovário policístico se elas utilizassem a pílula anticoncepcional comparando com o uso da metformina, ou os dois. Isto, devido à maior predominância de mulheres com diabetes mellitus desenvolvido pela síndrome. Os autores constataram melhora na acne com o uso do anticoncepcional, mas não houve modificação quanto à resistência à insulina em usuárias da pílula e metformina, o que ocorre com o uso da metformina exclusivamente.

Dois estudos liderados por Estevão et al. (2007a; 2007b) trouxeram pesquisas sobre a relação dos tumores mamários benignos e a pílula anticoncepcional. O primeiro (Estevão et al., 2007a) avalia a proliferação do fibroadenoma por intermédio da ultrassonografia em mulheres que usam a pílula com e sem o estradiol e os autores averiguaram a diminuição da largura dos tumores nas mulheres que utilizaram o anticoncepcional sem o estradiol. Já o outro avalia a atividade proliferativa dos tumores benignos através dos antígenos Ki-67 e do c-myc, ou seja, pela análise imuno-histoquímica desses antígenos e sua medição em mulheres que usam a pílula com e sem estradiol e os autores observaram uma maior tendência do fibroadenoma em usuárias do anticoncepcional com o estradiol. Logo, o estradiol tem efeito bloqueador na ação do

anticoncepcional em diminuir o fibroadenoma (Estevão et al., 2007^a; 2007b). Quanto à relação do uso da pílula e a mama, Tessaro et al. (Tessaro et al., 2001) buscaram uma possível associação entre o anticoncepcional e o câncer de mama, mas não foi evidenciada nenhuma correlação entre os dois, somente um maior risco de desenvolvimento da doença em mulheres com mais de 45 anos e usuárias há mais de 5 anos.

Dois dos artigos selecionados desta categoria (Uchimura et al., 2005; Silva et al., 2005) estudaram a pílula anticoncepcional ligada, de alguma forma, ao papilomavírus humano (HPV). Uchimura et al. (2005) buscaram a influência da pílula sobre a quantidade de células de Langerhans em mulheres que não possuem a infecção cervical por HPV. Mesmo tendo encontrado aumento das células em usuárias da pílula, esta conclusão não pôde ser confirmada devido ao baixo número de casos que participaram do estudo. Silva et al. (2005) estudaram mulheres usuárias da pílula infectadas pelo HPV e descreveu possíveis achados citológicos anormais através da presença de *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp* e *Gardnerella vaginalis*, ligando-as com a faixa etária em que ocorreram; constatou-se nenhuma influência possível entre o uso da pílula e as demais características pesquisadas.

Na área do esporte, dois artigos selecionados tratam da influência da pílula sobre a força muscular em atletas (Medeiros et al., 2013; Fortes et al., 2015). Medeiros et al. (2013) investigaram o efeito do anticoncepcional sobre a força e composição corporal em jogadoras de vôlei e não encontraram nenhum resultado estatisticamente relevante, isto é, não há influência do uso da pílula nessas qualidades das atletas. Já Fortes et al. (2015) averiguaram a influência do ciclo menstrual na força e na percepção particular do esforço nas atletas de natação que usam a pílula e descobriram uma queda da força na fase folicular do ciclo delas.

Quatro pesquisas (Mitre et al., 2006; Silva & Dias, 2013; Ventura et al., 2009; Domingues et al., 2012) buscaram correlacionar a pílula com alterações auditivas, de visão e bucal das mulheres. No campo da audição, Mitre et al. (2006) buscaram associar o uso da pílula a alterações auditivas e vestibulares e observaram modificação funcional da orelha interna, como zumbido e tontura, devido à síndrome vestibular periférica irritativa, porém, sem alterações no limiar auditivo. Já Silva e Dias (2013) tentaram encontrar possível diferença na amplitude de emissões otoacústicas em mulheres que tomam e não tomam a pílula; contudo, constataram que não existem discordâncias entre os dois grupos. Com relação à visão, Ventura

et al. (2009) avaliaram alterações na visão das cores em mulheres que usam a pílula e não encontraram alterações independentemente do tempo de uso do fármaco pelas mulheres. A relação entre o uso da pílula e a saúde bucal, especificamente a da gengiva, é discutida pela pesquisa de Domingues et al. (2012), em que os autores correlacionaram os efeitos da pílula no tecido periodontal, e concluíram que a pílula pode afetar o tecido de forma a aumentar a inflamação gengival em mulheres que a utilizam por mais de 12 meses.

Dois trabalhos avaliam os efeitos da pílula de baixa dosagem, um relacionado à variação hormonal no período de pausa da cartela de pílula (Ferreira & Medeiros, 2004) e o outro relacionado à alteração na taxa de folato intra-eritrocitário (Paula et al., 2003). Neste último, não foi encontrada alteração relacionada à pílula; já no estudo de Ferreira e Medeiros (2012), a variação hormonal foi vista como importante aspecto de avaliação do clínico da reserva ovariana de mulheres usuárias da pílula com mais de 35 anos.

Há duas pesquisas sobre composições de pílulas (Baracat et al., 1998; Gama et al., 2010). Uma compara duas pílulas com baixa dosagem hormonal, avaliando a sua tolerabilidade e aponta que o composto de gestodeno ou desogestrel com 20 mg de etinilestradiol não têm efeitos colaterais significativos e, portanto, são bem tolerados pela mulher (Baracat et al., 1998). Já Gama et al. (2010) ponderam clinicamente o uso da pílula com etinilestradiol com acetato ciproterona sobre as menstruações irregulares com origem hiperandrogênica e concluíram que este composto é eficaz para irregularidades como a amenorreia, dismenorreia e sangramento intermenstrual.

Quanto ao uso da pílula e fatores que desencorajam o seu uso pelas mulheres, Bahamondes et al. (2011) avaliaram as razões das mulheres pela não continuidade do uso deste método e verificaram baixa taxa de continuidade do uso do contraceptivo hormonal devido à vontade de engravidar (36,5%) e a efeitos colaterais (57,3%), o que indicou possível falta de informações no momento da prescrição da pílula pelo médico. Isto corrobora a pesquisa de Giglio et al. (2015), em que, ao avaliar os conhecimentos dos alunos de medicina sobre o método anticoncepcional hormonal, averiguou serem insuficientes para a prática clínica e recomendou revisão do modelo de ensino sobre a temática do curso. Outros trabalhos com enfoque na avaliação de conhecimentos em

determinada população sobre a pílula anticoncepcional compõem a categoria 2, assim, com outro direcionamento – a saúde coletiva.

As publicações em saúde coletiva sobre a pílula

Tabela II. Artigos selecionados na categoria sobre pesquisas em saúde coletiva e suas características (Autores / Ano, revista e Qualis / Título / Desenho do estudo).

Autores	Ano, revista, Qualis	Título	Desenho do estudo
Corrêa <i>et al.</i>	2017, Revista de Saúde Pública, A1	Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil	Não informado
Bonan <i>et al.</i>	2017, Ciência & Saúde Coletiva, A1	Absorção e metabolização dos hormônios sexuais e sua transformação em tecnologias contraceptivas: percursos do pensamento médico no Brasil	Análise histórica
Farias <i>et al.</i>	2016, Revista de Saúde Pública, A1	Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil	Estudo transversal, analítico de base populacional e amostra probabilística
Steckert <i>et al.</i>	2016, Arquivos Catarinenses de Medicina, B3	Contraceptivos hormonais orais: utilização e fatores de risco em universitárias	Estudo epidemiológico tipo transversal quantitativo
Tamboril <i>et al.</i>	2015, Revista Eletrônica de Enfermagem, B1	Diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em usuárias de anticoncepcional oral combinado	Estudo transversal
Américo <i>et al.</i>	2013, Revista Latino-Americana de Enfermagem, A1	Conhecimento de usuárias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose sobre o método	Estudo transversal
Gomes <i>et al.</i>	2011, Ciência & Saúde Coletiva, A1	Contracepção hormonal: uma comparação entre pacientes das redes pública e privada de saúde	Estudo transversal
Sousa e Gomes	2009, Cadernos de Saúde Pública, A1	Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais	Estudo transversal

Oliveira <i>et al.</i>	2009, Revista do Instituto de Ciências da Saúde, B3	O consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes universitárias e o conhecimento dos riscos entre seu uso combinado com contraceptivos orais	Não informado
Alves e Lopes	2008, Revista Brasileira de Enfermagem, A2	Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários	Não informado
Dias-da-Costa <i>et al.</i>	2002, Cadernos de Saúde Pública, A1	Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999	Estudo transversal
Costa <i>et al.</i>	1996, Cadernos de Saúde Pública, A1	Prevalência de uso de métodos contraceptivos e adequação do uso de anticoncepcionais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil	Não informado
Hardy <i>et al.</i>	1991, Revista de Saúde Pública, A1	Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas	Não informado
Szwarcwald <i>et al.</i>	1985, Cadernos de Saúde Pública, A1	Anticoncepcionais orais e pressão arterial — pesquisa epidemiológica de hipertensão arterial no Rio Grande do Sul	Não informado
Ramos <i>et al.</i>	1974, Revista de Saúde Pública, A1	Emprego de anticoncepcionais por uma população brasileira	Não informado
Ciari Jr. <i>et al.</i>	1972, Revista de Saúde Pública, A1	Relação do tempo de uso de anticoncepcionais hormonais orais e tempo para conceber	Não informado

Nota-se, na Tabela II, grande quantidade de trabalhos abarcando os conhecimentos sobre a pílula em variados contextos (Tamboril et al., 2015; Américo et al., 2013; Sousa & Gomes, 2009; Alves & Lopes, 2008) e publicados em anos diferentes. O grupo de pesquisadores Tamboril et al. (2015) realizou a medição de fatores que definem o diagnóstico de enfermagem como “Conhecimento Deficiente” sobre a pílula em usuárias e encontraram sua taxa elevada na população estudada, 97 mulheres do nordeste. Em decorrência ao alto número de seguimento inadequado das

orientações, o que apontou para o reexame das instruções e intervenções da equipe de enfermagem. Mesmo com o nível de escolaridade da população ser considerável (nível médio completo) pelos autores, ela pode ter dificultado a compreensão das explicações relativas ao uso da pílula. A escolaridade também foi apontada como fator que obstaculiza a apreensão das informações sobre a pílula no artigo de Américo et al. (2013).

Américo et al. (2013) buscaram reconhecer o conhecimento das usuárias diante do uso correto, possíveis complicações e efeitos colaterais do uso da pílula e apurou “a correlação entre conhecimento sobre uso correto com idade, escolaridade, renda familiar mensal e tempo de uso do método” (p. 2). Observou-se que o uso correto é diretamente proporcional à renda familiar e escolaridade da mulher; portanto, com maior poder econômico e escolaridade o uso do método se torna assertivo. Além disso, mulheres com uso prolongado da pílula se mostraram mais conscientes de seus efeitos colaterais. Portanto, diante deste contexto, o estudo corrobora a avaliação e eficácia das instruções sobre o método de Tamboril et al. (2015).

Os conhecimentos de adolescentes universitários em São Paulo sobre a pílula em relação aos do preservativo masculino, popularmente chamado de camisinha, foram estudados por Alves e Lopes (2008). Constataram maior conhecimento e prática sobre a camisinha do que o anticoncepcional hormonal. Todavia, de ambos os métodos, apresentaram compreensão sobre eles, mas pouco sobre a prática e abandono do uso na adolescência, expondo-os a riscos como doenças e gestação não planejada. Esta consideração é confirmada junto ao trabalho de Sousa & Gomes (2009), que trataram os níveis de conhecimento objetivo (o que se sabe sobre algo) e percebido (o que pensa que sabe sobre algo) da pílula em adolescentes com histórico reprodutivo em Teresina. Atestaram que quase 98% das adolescentes tinham baixo conhecimento objetivo e percebido sobre a pílula, acarretando uma vida sexual com riscos. Os autores sugerem uma abordagem mais interativa com os adolescentes pelos profissionais de saúde do SUS, ou seja, aproximar-se da população com menos lacunas e de forma mais conversacional.

Outras pesquisas com universitárias estudaram, quantitativamente, os hábitos de uso da pílula em uma universidade em Santa Catarina (Steckert et al., 2016) e a interação entre a bebida alcóolica e a pílula em estudantes de São Paulo (Oliveira et al., 2009). Observou-se no primeiro que, em sua maioria, utilizam a pílula para evitar a gestação e desconhecem

a ausência de prevenção de doenças com o uso exclusivo da pílula na relação sexual. Este dado vai ao encontro da pesquisa de Oliveira et al. (2009), em que 77% das entrevistadas ingerem quantidades de bebidas alcóolicas suficientes para a interação com o composto do anticoncepcional, possibilitando menor eficácia do fármaco e maior comportamento de risco. Além do comportamento de risco de que este público abandona o uso da camisinha após início do uso da pílula, Steckert et al. (2016) identificaram também outros fatores que diminuem a eficácia acarretando a vulnerabilidade da mulher para uma gestação não planejada, como alto índice de massa corporal (IMC). Os autores notaram a presença de efeitos colaterais, como ganho de peso e enxaquecas, nesta população.

Algumas condições de saúde da mulher podem diminuir o efeito contraceptivo da pílula, como o alto IMC (Steckert et al., 2016), o que o torna ineficaz e, até, contraindicado. Uma das publicações mais recentes desta categoria (Corrêa et al., 2017) estimou a prevalência de uso contraindicado de pílula relacionando-o com variáveis sociodemográficas – escolaridade, estado civil, região, etc. – das mulheres brasileiras. As contraindicações com prevalência foram a hipertensão arterial pré-existente e o tabagismo. Já escolaridade foi apontada como principal fator associado ao uso contraindicado da pílula, isto é, “mulheres com melhor nível de escolaridade faziam mais uso de métodos contraceptivos. As com menor escolaridade tinham mais filhos do que desejavam, e o método mais prevalente era a laqueadura tubária” (p. 8). Esta pesquisa mostra resultados semelhantes aos de algumas publicações mais antigas, o que demonstra que as falhas no alcance à população na transmissão de orientações e instruções permanecem.

Várias pesquisas publicadas foram realizadas com público de mulheres em regiões específicas do Brasil (Américo et al., 2013; Sousa & Gomes, 2009; Alves & Lopes, 2008; Steckert et al., 2016; Oliveira et al., 2009). Encontraram-se também três promovidas no estado do Rio Grande do Sul – RS (Szwarcwald et al., 1985; Costa et al., 1996; Dias-da-Costa et al., 2002). A publicação mais antiga data de 1985 (Costa et al., 1996), em que se pesquisou possível relação entre a pílula e a pressão arterial em residentes de várias áreas do RS e verificaram a ausência de homogeneidade nos efeitos da pílula sobre a pressão arterial das mulheres. Todavia, a pílula aparentou potencializar o aumento da pressão sistólica em mulheres que já tinham a pressão elevada, além de pontuarem alta

frequência de uso contraindicado da pílula no grupo de mulheres com menor nível escolar.

Costa et al. (1996) pesquisaram a utilização de métodos contraceptivos na região urbana de Pelotas no ano de 1992 e constataram o uso da pílula por 66,5% do público estudado, do qual 18% com uso inadequado – devido a hipertensão arterial, tabagismo e com idade maior de 35 anos. Apontaram que as mulheres com uso inadequado seguiam orientações médicas, o que indicou pouca instrução e informação sobre as contraindicações por parte dos médicos. Já Dias-da-Costa et al. (2002) replicaram o seu próprio estudo (Costa et al., 1996), estendendo o período a 1999, e encontraram redução do uso da pílula (55,4%), embora com aumento do uso com contraindicações (22,2%) e associaram o uso indevido com a faixa etária: mulheres acima de 35 anos.

Já no estado de São Paulo, Hardy et al. (1991) buscaram conhecer a forma de uso dos métodos contraceptivos de mulheres de baixa renda e 25,8% delas utilizavam a pílula anticoncepcional entre as mais jovens. Os autores associaram os fatores de risco em mulheres que iniciaram o uso do fármaco sem prescrição médica, indicando falha no setor público de acesso aos profissionais de saúde. Isso corrobora Gomes et al. (2011), que descobriram, ao compararem o uso da pílula em pacientes de rede privada com a pública de saúde, maior adesão ao uso em mulheres da rede privada devido ao maior acesso ao fármaco e a informações e orientações sobre o uso.

Logo, há prevalência do uso da pílula por mulheres no Sul do Brasil que a obtiveram através de farmácias privadas e não, pelo SUS (Farias et al., 2016). Outra pesquisa em São Paulo (Ramos et al., 1974) investigou, na década 1970, a mortalidade infantil, a história obstétrica e atitudes associadas à natalidade com a entrada do anticoncepcional no Brasil e observou-se redução no número de abortos e na mortalidade infantil. Estudou-se, também na década 1970, o tempo de fecundação em mulheres que usavam a pílula e averiguaram interferência no tempo de conceber em usuárias com mais de dois anos de uso da pílula⁴⁶. Estas pesquisas (Ramos et al., 1974; Ciari Jr. et al., 1972) alcançaram alguns efeitos da pílula na vida da população de mulheres brasileiras, fazem menção a história da entrada da pílula no Brasil, como a pesquisa de Bonan et al. (2017).

Bonan et al. (2017) buscaram compreender o pensamento médico sobre os hormônios sexuais e o desenvolvimento do campo da ginecologia no Brasil e levantaram desde o uso dos hormônios artificiais femininos para tratamentos de saúde até sua relação com a contracepção. Enquanto contraceptivo, a pílula foi vista como solucionadora do problema sociodemográfico, utilizada para a diminuição da taxa de natalidade, de abortos inseguros e gestações não planejadas no território brasileiro. À vista disso, era considerada ética e segura para as mulheres.

As publicações qualitativas brasileiras sobre a pílula

Tabela III. Artigos selecionados na categoria sobre pesquisas qualitativas sobre a pílula e suas características (Autores / Ano, revista e Qualis / Título / Desenho do estudo)

Autores	Ano, revista, Qualis	Título	Desenho do estudo
Dias <i>et al.</i>	2018, História, Ciências, Saúde, A1	A pílula da oportunidade: discursos sobre as pílulas anticoncepcionais em A Gazeta da Farmácia, 1960-1981	Não informado
Dias <i>et al.</i>	2018, Revista Estudos Feministas, A1	“Estará nas pílulas anticoncepcionais a solução?” Debate na mídia entre 1960-1970	Pesquisa sócio-histórica
Leal e Bakker	2017, RECIIS. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, B1	A mulher bioquímica: invenções do feminino a partir de discursos sobre a pílula anticoncepcional	Não informado
Nucci	2012, Sexualidad, Salud y Sociedad, A2	Seria a pílula anticoncepcional uma droga de "estilo de vida"?: ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade	Não informado
Carvalho <i>et al.</i>	2001, Revista de Saúde Pública, A1	Participação masculina na contracepção pela ótica feminina	Não informado
Carvalho <i>et al.</i>	2000, Saúde e Sociedade, A1	Apoio: a forma predominante de participação masculina na regulação da fecundidade do casal	Não informado

Ao se pesquisar o papel do parceiro na contracepção, duas publicações lideradas por Carvalho (Carvalho et al., 2000; Carvalho et al., 2001) o apontaram como fonte de apoio para a eficácia da pílula, embora a responsabilidade da contracepção do casal seja colocada na mulher, na percepção delas. Isso permite refletir como Nucci (2012) trata a pílula anticoncepcional e seu efeito social como estilo de vida da mulher atual, já que é um fármaco utilizado para a adequação da mulher à vida moderna – menstrua-se pouco ou não, utilizada para melhora da acne etc. –, portanto, para além de seu efeito contraceptivo. É o que indicam Dias et al. (2018a) nos conteúdos veiculados no jornal “O Globo” sobre a pílula, de caráter político desde sua chegada ao Brasil, e apontam: “[...] a ausência de discussões sobre direitos reprodutivos e sexuais no periódico indicava sua proximidade com posições mais conservadoras, em relação à ordem moral e sexual” (p. 16). Como em sua outra publicação (Dias et al., 2018b), os autores analisam os assuntos sobre a pílula na “Gazeta da Farmácia”, meio de veiculação de informações entre os farmacêuticos, que encaravam o fármaco como a pílula da oportunidade para o mercado e para o consumidor, dando novos sentidos a ambos. Todavia, pouco se pontuou o lado da usuária e seus dizerem sobre a pílula.

Leal e Bakker (2017) dimensionam os discursos produzidos por uma revista impressa para mulheres em geral e pelos realizados pelas próprias usuárias e suas vivências com a pílula em um grupo de rede social virtual. Na revista, a pílula é posta como emancipadora da mulher, mas, em rede social na internet, busca-se um corpo sem medicação, sem a pílula – uma resignificação da sexualidade e do corpo da mulher. Assim, iria contra esta medicalização do corpo que “[...] submeteria as mulheres a uma série de riscos e efeitos colaterais em nome não só da contracepção, mas do controle dos fluxos hormonais, potencialmente perigosos e improdutivos, e de alterações estéticas” (p. 14). Logo, a emancipação ocorrida pela sua invenção na década de 1960 é redimensionada contra a medicalização dos corpos.

Considerações Finais

Ao mapear as publicações brasileiras sobre a pílula anticoncepcional, constatou-se maior montante nas relacionadas ao campo clínico-laboratorial em comparação com as pesquisas qualitativas que fazem menção do impacto social e visão da mulher usuária da pílula

na atualidade. Atesta-se interesse dos pesquisadores qualitativistas pela temática sobre a pílula, visto que publicações mais recentes tratam da mulher e do papel do método na vida moderna com olhar político. Contudo, ausenta-se o caráter subjetivo e singular das mulheres que optam por este tipo de contraceptivo, o que coloca a usuária às margens de sua própria escolha.

Referências

- Alves, A. S., & Lopes, M. H. B. M. (2008). Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 11–17. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100002>
- Alves, A. S., & Lopes, M. H. B. M. (2008). Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 11–17. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100002>
- Américo, C. F., Nogueira, P. S. F., Vieira, R. P. R., Bezerra, C. G., Moura, E. R. F., & Lopes, M. V. O. (2013). Conhecimento de usuárias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose sobre o método. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(4).
- Américo, C. F., Nogueira, P. S. F., Vieira, R. P. R., Bezerra, C. G., Moura, E. R. F., & Lopes, M. V. O. (2013). Conhecimento de usuárias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose sobre o método. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(4).
- Bahamondes, L., Pinho, F., Melo, N. R., Oliveira, E., & Bahamondes, M. V. (2011). Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(6), 303–309. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000600007>
- Baracat, E. C., Barbosa, I. C., Campos, A. A., Hyppolito, S. B., Melo, N. R., Mussiolo, R., Nassar, R., Pinho-Neto, J. S., & Tomaz, G. (1998). Avaliação da tolerabilidade e do controle de ciclo de dois contraceptivos orais de baixa dose: Estudo comparativo aberto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 20(5), 273–280. <https://doi.org/10.1590/S0100-72031998000500007>

- Baracat, E. C., Barbosa, I. C., Campos, A. A., Hyppolito, S. B., Melo, N. R., Mussiolo, R., Nassar, R., Pinho-Neto, J. S., & Tomaz, G. (1998). Avaliação da tolerabilidade e do controle de ciclo de dois contraceptivos orais de baixa dose: Estudo comparativo aberto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 20(5), 273–280. <https://doi.org/10.1590/S0100-72031998000500007>
- Bonan, C., Teixeira, L. A., & Nakano, A. R. (2017). Absorção e metabolização dos hormônios sexuais e sua transformação em tecnologias contraceptivas: Percursos do pensamento médico no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 107–116. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.26532016>
- Bonan, C., Teixeira, L. A., & Nakano, A. R. (2017). Absorção e metabolização dos hormônios sexuais e sua transformação em tecnologias contraceptivas: Percursos do pensamento médico no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 107–116. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.26532016>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Saúde sexual e saúde reprodutiva (Caderno de Atenção Básica, n. 26). http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
- Carvalho, M. L. O., Pirotta, K. C. M., & Schor, N. (2000). Apoio: A forma predominante de participação masculina na regulação da fecundidade do casal. *Saúde e Sociedade*, 9(1–2), 61–76. <https://doi.org/10.1590/S0104-1290200000100005>
- Carvalho, M. L. O., Pirotta, K. C. M., & Schor, N. (2000). Apoio: A forma predominante de participação masculina na regulação da fecundidade do casal. *Saúde e Sociedade*, 9(1–2), 61–76. <https://doi.org/10.1590/S0104-1290200000100005>
- Carvalho, M. L. O., Pirotta, K. C. M., & Schor, N. (2001). Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 23–31. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100004>

- Carvalho, M. L. O., Pirotta, K. C. M., & Schor, N. (2001). Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 23–31. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100004>
- Ciari, C., Jr., Santos, J. L. F., & Castilho, E. A. (1972). Relação do tempo de uso de anticoncepcionais hormonais orais e tempo para conceber. *Revista de Saúde Pública*, 6(3), 273–281. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101972000300006>
- Ciari, C., Jr., Santos, J. L. F., & Castilho, E. A. (1972). Relação do tempo de uso de anticoncepcionais hormonais orais e tempo para conceber. *Revista de Saúde Pública*, 6(3), 273–281. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101972000300006>
- Corrêa, D. S., Felisbino-Mendes, M. S., Mendes, M. S., Malta, D. C., & Velasquez-Melendez, G. (2017). Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51, 1–10.
- Corrêa, D. S., Felisbino-Mendes, M. S., Mendes, M. S., Malta, D. C., & Velasquez-Melendez, G. (2017). Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51, 1–10.
- Dias, T. M., Bonan, C., Nakano, A. R., Maksud, I., & Teixeira, L. A. (2018a). “Estará nas pílulas anticoncepcionais a solução?” *Revista Estudos Feministas*, 26(3), e46020. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n346020>
- Dias, T. M., Bonan, C., Nakano, A. R., Maksud, I., & Teixeira, L. A. (2018a). “Estará nas pílulas anticoncepcionais a solução?” *Revista Estudos Feministas*, 26(3), e46020. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n346020>
- Dias, T. M., Bonan, C., Nakano, A. R., & Teixeira, L. A. (2018b). A pílula da oportunidade: Discursos sobre as pílulas anticoncepcionais em *A Gazeta da Farmácia*, 1960–1981. *História, Ciências, Saúde*, 25(3), 725–742. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000400007>
- Dias, T. M., Bonan, C., Nakano, A. R., & Teixeira, L. A. (2018b). A pílula da oportunidade: Discursos sobre as pílulas anticoncepcionais em

A Gazeta da Farmácia, 1960–1981. História, Ciências, Saúde, 25(3), 725–742. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000400007>

- Domingues, R. S., Ferraz, B. F. R., Gregghi, S. L. A., Rezende, M. L. R., Passanezi, E., & Sant'Ana, A. C. P. (2012). Influence of combined oral contraceptives on the periodontal condition. *Journal of Applied Oral Science*, 20(2), 253–259. <https://doi.org/10.1590/S1678-77572012000200022>
- Domingues, R. S., Ferraz, B. F. R., Gregghi, S. L. A., Rezende, M. L. R., Passanezi, E., & Sant'Ana, A. C. P. (2012). Influence of combined oral contraceptives on the periodontal condition. *Journal of Applied Oral Science*, 20(2), 253–259. <https://doi.org/10.1590/S1678-77572012000200022>
- Estevão, R. A. F., Baracat, E. C., Logullo, A. F., Oshima, C. T. F., & Nazário, A. C. P. (2007b). Efficacy of estriol in inhibiting epithelial proliferation in mammary fibroadenoma: Randomized clinical trial. *São Paulo Medical Journal*, 125(6), 343–350. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802007000600008>
- Estevão, R. A. F., Nazário, A. C. P., & Baracat, E. C. (2007a). Effect of oral contraceptive with and without associated estriol on ultrasound measurements of breast fibroadenoma: Randomized clinical trial. *São Paulo Medical Journal*, 125(5), 275–280. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802007000500005>
- Farias, M. R., Leite, S. N., Tavares, N. U. L., Oliveira, M. A., Arrais, P. S. D., Bertoldi, A. D., Pizzol, T. D. S. D., Luiza, V. L., Ramos, L. R., & Mengue, S. S. (2016). Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 50(Supl. 2), 14s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006176>
- Ferreira, A. C. P., Montes, M. B. A., Franceschini, S. A., & Toloi, M. R. T. (2000). Efeitos do contraceptivo oral contendo etinilestradiol e desogestrel sobre os sistemas de coagulação e fibrinólise. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 22(2), 77–87. <https://doi.org/10.1590/S1516-84842000000200004>
- Ferreira, D., & Medeiros, S. F. (2004). Avaliação da inibição do eixo neuroendócrino com contraceptivo oral de baixa dosagem. *Revista*

- Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 26(6), 463–469.
<https://doi.org/10.1590/S0100-72032004000600007>
- Fortes, L. S., Moraes, E. M., Teixeira, A. L. S., Dias, I., & Simão, R. (2015). Influência do ciclo menstrual na força muscular e percepção subjetiva do esforço em atletas de natação que utilizam contraceptivos. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 23(3), 81–87.
- Galvão, T. F., Pansani, T. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335–342.
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- Gama, C. R. B., Gama, G. F., Lasmar, R. B., Fonseca, R. S., Guimarães, L. C., Aquino, S., Geller, M., & Ribeiro, R. L. (2010). Avaliação clínica do uso de etinilestradiol e acetato de ciproterona. *Revista Brasileira de Medicina*.
- Giglio, M. R. P., Andrade, L. C., Daher, G. M., Ribeiro, M. O., & Albernaz, M. A. (2015). Contracepção hormonal segundo a ótica do estudante de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(4), 502–506.
<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e02952014>
- Gomes, P. D., Zimmermann, J. B., Oliveira, L. M. B., Leal, K. A., Gomes, N. D., Goulart, S. M., & Rezende, D. F. (2011). Contracepção hormonal: Comparação entre redes pública e privada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2453–2460.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500014>
- Guedes, J. V. M., Nunes, N. R., Ferreira, L. G. R., Vilar, T. G., Pinheiro, M. B., & Domingueti, C. P. (2018). Evaluation of lipid profile, C-reactive protein and D-dimer. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 54(1), 14–20.
<https://doi.org/10.5935/1676-2444.20180002>
- Hardy, E. E., Moraes, T. M., Faúndes, A., Vera, S., & Pinotti, J. A. (1991). Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. *Revista de Saúde Pública*, 25(2), 96–102.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000200003>

- Iwata, M. C., Porquere, L., Sorpreso, I. C. E., Baracat, E. C., & Soares, J. M. (2015). Association of oral contraceptive and metformin did not improve insulin resistance. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 61(3), 215–219. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.03.215>
- Leal, T., & Bakker, B. (2017). A mulher bioquímica: Invenções do feminino. *RECIIS*, 11(3).
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement. *BMJ*.
- Manica, D. (2009). *Contracepção, natureza e cultura: Embates e sentidos na etnografia de uma trajetória* (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas.
- Mariano, G. Z., Schmidt, M. M., Maturana, M. A., Quevedo, E., Negri, B., Gazeta, C., Quadros, A. S., & Gottschall, C. A. M. (2015). Impacto do uso de anticoncepcional oral. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*, 23(3), 190–194.
- Medeiros, T. H., Domingues, M. R., & Rombaldi, A. J. (2013). Efeitos de contraceptivo hormonal sobre força e composição corporal. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 21(3), 51–60.
- Mitre, E. I., Figueira, A. S., Rocha, A. B., & Alves, S. M. C. (2006). Avaliações audiométrica e vestibular. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72(3), 350–354. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992006000300009>
- Nucci, M. (2012). Seria a pílula anticoncepcional uma droga de estilo de vida? *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (10), 124–139. <https://doi.org/10.1590/S1984-64872012000400006>
- Oliveira, D. A. G., Soares, V. C. G., & Benassi, M. (2009). Consumo de bebidas alcoólicas entre universitárias. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 27(4), 366–373.
- Paula, T. B. C., Moron, A. F., Guazzelli, C., Nonoyama, K., & Salzone, C. M. (2003). Efeitos dos contraceptivos hormonais orais nas taxas de folato. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(7), 475–479. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032003000700003>

- Petto, J., Vasques, L. M. R., Pinheiro, R. L., Giesta, B. A., Santos, A. C. N., Gomes Neto, M., & Ladeia, A. M. T. (2014). Comparação da lipemia pós-prandial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 103(3), 245–250. <https://doi.org/10.5935/abc.20140080>
- Ramos, C. L., Ogura, K., Souza, D. A. C., Beniczky, C. L., Bedini, E., Medeiros, E. G., Santos, M. C. D., Cunha, M. E. F., Castaldelli, M., Tornante, M. G., Pelosini, R. H. C., Napolitano, R., & Ferreira, S. M. F. (1974). Emprego de anticoncepcionais por uma população brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 8(1), 15–20. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101974000100002>
- Silva, C. S., Araújo, E., Adad, S. J., Souza, M. A. H., & Murta, E. F. C. (2005). Achados citológicos em pacientes com HPV. *Revista Médica de Minas Gerais*, 15(2), 70–74.
- Silva, T. R., & Dias, F. A. M. (2013). Emissões otoacústicas e contraceptivos hormonais. *Audiology - Communication Research*, 18(4), 231–237. <https://doi.org/10.1590/S2317-64312013000400002>
- Simões, T. M. R., Zapata, C. L. V., & Donangelo, C. M. (2015). Influência de contraceptivos hormonais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(9), 402–410. <https://doi.org/10.1590/S0100-720320150005418>
- Sousa, M. C. R., & Gomes, K. R. O. (2009). Conhecimento sobre contraceptivos hormonais. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 645–654. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300019>
- Steckert, A. P. P., Nunes, S. F., & Alano, G. M. (2016). Contraceptivos hormonais orais em universitárias. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 45(1), 78–92.
- Strufaldi, R., Pompei, L. M., Steiner, M. L., & Fernandes, C. E. (2016). Influence of dyslipidemia on sexual life. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 38(12), 600–608. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1597695>
- Szwarcwald, C. L., Costa, S. H., Costa, E. A., Klein, C. H., & Leal, M. C. (1985). Anticoncepcionais orais e pressão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, 1(2), 177–191. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1985000200005>

- Tamboril, A. C. R., Alcântara, J. A. S., Áfio, A. C. E., Sousa, C. S. P., Rebouças, L. N., Moura, E. R. F., & Lopes, M. V. O. (2015). Diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(4).
- Tessaro, S., Béria, J. U., Tomasi, E., & Barros, A. J. D. (2001). Contraceptivos orais e câncer de mama. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 32–38. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100005>
- Uchimura, N. S., Ribalta, J. C. L., Focchi, J., Baracat, E. C., & Uchimura, T. T. (2005). Influência do uso de anticoncepcionais hormonais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(12), 726–730. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005001200004>
- Ventura, R., Malta, J. S. M., Lyra, A. F. C., Danda, D. M. R., & Urbano, L. C. V. (2009). Alterações cromáticas e anticoncepcionais. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 72(1), 62–64. <https://doi.org/10.1590/S0004-27492009000100012>



*Sobre os
autores*

Alexandre Bonetti Lima

Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1992), mestrado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1997) e doutorado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2005). Atualmente é professor associado aposentado do Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (PPGPSI-UEL). Email: bonetti@uel.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9126-2919>

Beatriz Leal Santos

Psicóloga e Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: psi.beatrizleal@gmail.com. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6083-999X>.

Cassiane Pereira da Silva

Psicóloga graduada pela Unicesumar em Maringá-Pr (2018); Especialista em Neuroaprendizagem pela Unicesumar (2021); Especialista em Análise do Comportamento Aplicada pelo Instituto de Educação e Análise do Comportamento (2023); Mestre em Promoção da Saúde pela Unicesumar de Maringá-Pr (2024) e docente no curso de graduação em Psicologia na Unicesumar, Maringá-Pr. Email: pscassiane@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3513-7360>.

Dandara Peraro de Sousa

Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina. Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (2018). Especialização em Psicoterapia Humanista pela UNIFIL - PR (2019). Email: dandaraps@gmail.com

Eneida Santiago

Psicóloga (Unesp - Assis), Antropóloga (UEL), Mestre em Psicologia e Sociedade e Doutora em Saúde Coletiva (Unesp-Assis). Atualmente é Professora Associada da Universidade Estadual de Londrina (UEL) no Departamento de Psicologia Social e Institucional e Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia (PPGPSI-UEL). Email: esantiago@uel.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5296-4341>

Fabio Cardoso Lopes

Doutorando em Psicologia Social e Processos Institucionais pela Universidade Estadual de Londrina (2025-2029). Mestre em Psicologia Social e Processos Institucionais pela mesma instituição (UEL - 2024). Graduação em Psicologia pela Universidade do Oeste Paulista UNOESTE (2010). Atualmente é psicólogo no CRAS em Rio Branco do Ivaí-PR e bolsista CAPES. Email: fabio.cardoso.lopes@uel.br. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2738-9776>

Felipe de Souza Barbeiro

Graduado e mestre pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), especialista em psicanálise winnicottiana, psicólogo clínico e docente lato sensu na PUC. E-mail: felipebarbeiro@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0254-3554>

Francis Willian Bueno Lourenço

Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Com Especialização em Clínica Psicanalítica (UEL) e Psicanálise Winnicottiana (UNIFIL). Atua como Psicólogo Clínico de base Psicanalítica, atendendo adolescentes e adultos. Docente Universitário em Cursos de Graduação e Pós-graduação. E-mail: franciswbl@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3858-9511>

Hellen Lima Buriolla

Mestrado em Psicologia pela UEL, Doutoranda em Psicologia e Sociedade pela UNESP, campus Assis Email: hellenburiolla@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4075-2613>

Hellen Patricia Paulino Furtado

Psicóloga jurídica. Especialista em Psicologia Clínica Psicanalítica (UEL); Especialista em Gestão de Centros de Socioeducação (UEL); Especialista em Saúde Mental (UEL). Mestra em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Email: hellen.furtado@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6267-8046>

Jéssica Pedrosa Mandelli

Doutora em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente do curso de Psicologia da PUC de Londrina/PR. E-mail: jessicamandelli@hotmail.com. Orcid <https://orcid.org/0000-0003-4670-1753>.

Jacqueline Montilha Leonardi

Mestra em Psicologia (UEL). Psicóloga na Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Iporã-PR. Email: jacque_leonardi@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4670-6801>.

Josiane Santos Costa

Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (2024-2026). Mestrado (interrompido) em Psicanálise pela Universidad Argentina John Kennedy, em Buenos Aires (2020). Especialista em Psicoterapia Psicanalítica (2018) e Graduada em Psicologia pela UniFil (2015) - Centro Universitário Filadélfia. Atualmente é psicanalista na cidade de Londrina, oferece atendimento clínico, estudos e supervisão, é docente e supervisora de estágio clínico na Graduação em Psicologia e coordenadora da Liga Acadêmica de Psicanálise da FACNOPAR. E-mail: josianesantos.psicologa@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-6631-9765>

Kathyúscia Geórgia Araujo do Valle

Psicóloga clínica, pós-graduada em Clínica Interdisciplinar em Estimulação Precoce. Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de

Londrina (UEL). E-mail: kathyuscia_valle@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6154-5969>.

Katya Luciane de Oliveira

Doutora em Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação pela Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. Professora Associada do Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina. katya@uel.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2030-500X>

Jacqueline Montilha Leonardi

Graduada em Psicologia (UniFil) e Mestra em Psicologia (UEL). Psicóloga na Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Ibiporã-PR. Email: jacque_leonardi@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4670-6801>

Jefferson Olivatto da Silva

Psicólogo pela Universidade Estadual Paulista (UNESP/Assis, 2000) e licenciado em Filosofia pela Universidade do Sagrado Coração (USC/Bauru, 1999). Mestre em Educação pela UNESP/Marília (2003) e doutor em Ciências Sociais pela mesma instituição (2012). Realizou estágios de pós-doutorado em História na Universidade Federal do Paraná (UFPR, 2013–2014), investigando saúde na África e comportamento social; em Educação na UFPR (2017–2018), com ênfase em processos educativos universitários e aprendizagem comunitária negra; e em Política Social e Serviço Social na Universidade Estadual de Londrina (UEL, 2018), pesquisando trajetórias de estudantes indígenas no ensino superior. Desenvolve pesquisas nas áreas de educação, relações étnico-raciais, políticas sociais e desigualdades estruturais. E-mail: jeffolivattosilva@uel.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6542-1461>.

Julia Gindre Soreano Lopes

Psicóloga formada pela Universidade Paulista (UNIP, 2020). Especialista em Saúde da Mulher pela Residência Multiprofissional da Universidade Estadual de Londrina (UEL, 2023) e em Práticas Pedagógicas pelo Instituto Federal do Espírito Santo (2024). Mestra em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL, 2025) e pós-graduada em MBA em Gestão de Pessoas pela USP/Esalq (2025). Atualmente, é doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e cursa as especializações em Psicologia Escolar pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) e em Saúde Mental pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atua como psicóloga clínica e desenvolve pesquisas nas áreas de relações étnico-raciais, saúde da população negra, práticas de cuidado no SUS e psicologia social crítica. E-mail: gindre_julia@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4146-9695>.

Larissa Osete Souza

Mestre em Psicologia – UEL. Psicóloga Clínica. Psicóloga na Prefeitura Municipal de Londrina. E-mail: larissa.osete.souza@uel.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6395-9433>

Lucas Barbosa Namur

Psicólogo. Mestrando em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Coordenador do Comitê de Avaliação Psicológica da Associação Brasileira Multiprofissional sobre o Luto (ABMLuto). Email: lucasbarbosapsi@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0915-2025>

Maria Lúcia Mantovanelli Ortolan

Mestre em Psicologia (UEL) e Psicóloga Clínica. Email: ortolan2023malu@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9489-5823>

Maíra Bonafé Sei

Pós-doutora em Psicologia Clínica (USP); Professora Associada do Departamento de Psicologia e Psicanálise (UEL), Orientadora do

Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UEL); mairabonafe@gmail.com. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0693-5029>.

Maria Elizabeth Barreto tavares dos Reis

Psicóloga, Mestre (PUC-Campinas) e Doutora em Psicologia Clínica (USP). Professora associada do departamento de Psicologia e Psicanálise/CCB/UEL e do Programa de Pós-graduação em Psicologia. E-mail: bethtavares@uel.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3466-4150>

Nathalia Maria Gouveia de Araújo

Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina, atuação na área clínica com psicoterapia e avaliação psicológica e mestra em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina. E-mail: psinathmaria@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3980-0630>

Rafael Bianchi Silva

Pós-doutorado em Psicologia (UEM). Doutor em Educação pela Unesp/Marília, Docente dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia na Universidade Estadual de Londrina (UEL) e na Universidade Estadual de Maringá (UEM). Email: rafael.bianchi@uel.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1170-7920>

Raquel Garcia de Lima Sória

Mestre em Promoção da Saúde pela Unicesumar de Maringá-Pr (2024), Especialista em Psicomotricidade pela UniAlphaville de São Paulo (2023), Psicóloga, graduada pela Faculdades Pequeno Príncipe (FPP - 2018). Atualmente é doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia na linha de Avaliação Psicológica e Processos Clínicos e é docente no curso de graduação em Psicologia e Pedagogia da Unicesumar. E-mail: psicologaraquelglima@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9299-8733>.

Rebeca Nonato Machado

Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado em Psicologia Clínica PUC-Rio. Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio. Email: recanm@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9465-1570>

Rodrigo Sanches Peres

Psicólogo pela Universidade Estadual Paulista. Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia. Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo, com pós-doutorado pela Universidade de Lisboa. Professor Titular do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: rodrigossanchesperes@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2957-7554>

Silvia Nogueira Cordeiro

Pós-doutorado em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ, 2023), doutorado (2007) e mestrado (2003) em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP, 1995). Atualmente é professora associada do Departamento de Psicologia e Psicanálise e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Coordenadora do Grupo de Pesquisa - CNPq: Avaliação Psicológica e Processos Clínicos. Membro do GT Psicanálise e Clínica Ampliada da ANPEPP e da Tykhe - Associação de Psicanálise de Campinas. Atua nas áreas: psicanálise, clínica psicanalítica, psicanálise no contexto da saúde e psicanálise e clínica ampliada, com ênfase nos seguintes temas: corpo, sintoma e sofrimento psíquico, teoria e clínica psicanalítica, feminilidade. E-mail: silvianc@uel.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0834-8610>

