

# diaphora

## REVISTA DA SOCIEDADE DE PSICOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL

Julho/Dezembro 2020

Porto Alegre

ISSN 2238-9709

ISSN 1806-1133

**Diaphora** | Porto Alegre, v. 9 (2) | jul/dez 2020

## EXPEDIENTE

Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul  
Diretoria (Gestão 2018/2020)

### **PRESIDENTE**

Mariana Steiger Ungaretti

### **VICE-PRESIDENTE**

Angela Flores Becker

### **DIRETORA ADMINISTRATIVA**

Morgana Mengue Saft Tarragó

### **DIRETORA CIENTÍFICA**

Pâmela Soares Bratkowski

### **DIRETOR FINANCEIRO**

Diórges Mariano

### **DIRETORA SOCIOCULTURAL**

Lisnéia Fabiani Bock

### **SUPLENTE**

Rita Lima Krás

Natalia Ambros

### **CONSELHO CONSULTIVO DELIBERATIVO E FISCAL - CCDF**

#### **PRESIDENTE**

Maria Aparecida Brígido

#### **MEMBROS**

Carla Durgante

Graziele Martini Bronzatti

Ligia Arcoverde Basegio

Maiga Sabo Sandri

Marilda Peres

Mazlowa Heck

Raquel Dickel

Sarah Bressan

Endereço: Rua Felipe Néri, 414, 2º Andar. Bairro Auxiliadora.  
CEP: 90440-150. Porto Alegre, RS/Brasil

DIAPHORA

REVISTA DA SOCIEDADE DE PSICOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL

### **EDITORIA**

Magda Medianeira de Mello

### **COMISSÃO EDITORIAL**

Henrique Borba Bittencourt

Susana Joaquim Rodrigues

### **PROJETO GRÁFICO**

Grau Soluções Gráficas

### **DIAGRAMAÇÃO E EDIÇÃO**

marcon.brasil Comunicação Direta - (51) 3221.7878

### **CONSELHO EDITORIAL**

Adriane Roso – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Ana Maria Jacó-Vilela – Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Ana Mercês Bahia Bock - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)

Angela Helena Marin – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Angela Maria de Freitas - Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC)

Anita Guazzelli Bernardes - Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Barbara Souza Conte - Sigmund Freud Associação Psicanalítica (SIG-POA)

Carolina Neumann de Barros Falcão - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e SIG-POA

Claire Lazzaretti - Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Cleber Gibbon Ratto - Unilassalle/IPA

Cristiane Knijnik – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Cristina Queirós – Universidade do Porto (UP-Portugal)

Danichi Hausen Mizoguchi - Universidade Federal Fluminense (UFF)

Denise Costa Hausen- Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (CEPdePA)

Eliane Seidl - Universidade de Brasília (UnB)

Fabián Rueda – Universidade São Francisco (USF)

Julieta Quayle – Universidade de São Paulo (USP)

João Carlos Alchieri - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Leonardo Lemos de Souza - Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)

Lúcia Novaes- Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Marco Aurélio M. Prado – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Maribel Pelaez Dóro - Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Mayte Raya Amarray – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Rosana Cecchini de Castro – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Silvia Coutinho Areosa – Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Silvia H. Koller - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Sueli Souza dos Santos – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS)

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo - Universidade de Brasília (UnB)

Valdiney Gouveia - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Zuleika Leonora Schmidt Costa - Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC)

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D539	Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul / Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul. v. 9, n.2 (jul./dez. 2020). – Porto Alegre: SPRGS, 1975-
	Semestral
	ISSN 2238-9709 (versão online)
	ISSN 1806-1133 (versão impressa)
	1. Psicologia – Periódicos. I. Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul.
	CDU 159.9(05)

## ÍNDICE

<b>Editorial</b> .....	7
------------------------	---

**SEÇÃO 1: Artigos**

<b>Psicologia e pandemia: atendimentos <i>online</i> como possibilidade de cuidado</b> .....	9
Lucas Suisso de Oliveira	
<b>Ensinos da prematuridade em tempos de COVID-19</b> .....	15
Adriane Gonçalves Salle, Cláudia Simone Silveira dos Santos, Nina Aguilar Soares e Viviane Salazar	
<b>Sobre o método psicanalítico em tempos de COVID-19 e atendimentos remotos</b> .....	20
Ísis Gonzalez Fossati	
<b>Neurose narcísica em tempos de isolamento</b> .....	27
Elisangela Muria, Vitoria Justin dos Santos, Henrique Borba Bittencourt, Gabriel Licoski dos Santos e Kamilly Ramos Moro	
<b>As mães e seus bebês: percepções sobre a maternidade singular e gemelar</b> .....	33
Luísa Schneider de Souza e Elisabete Beatriz Maldaner	
<b>A violência contra mulheres na representação de profissionais da saúde</b> .....	40
Kalline Flávia Silva de Lira e Ricardo Vieiralves de Castro	
<b>O louco infrator: das velhas práticas aos novos modos de atenção e cuidado</b> .....	49
Raianne Couto e Cristiane Santos de Souza Nogueira	
<b>Comprometimento das funções executivas em usuários de substâncias psicoativas</b> .....	57
Jhenifer Aparecida Alves Gois, Aislán José de Oliveira, Luiz Roberto Marquezi Ferro e Manuel Morgado Rezende	
<b>Poder nas organizações: uma visão psicanalítica sobre influências nos líderes</b> .....	64
Adler de Macedo Berenstein e Thalita Lacerda Nobre	
<b>Terapia cognitivo comportamental em grupo de obesidade e sobrepeso</b> .....	71
Andressa Paiva Porto, Livia Nascimento Rabelo, Elihab Pereira Gomes, Ezequiel Batista do Nascimento, Ana Lúcia de Lima e Juliana Carvalho de Sousa	
<b>Terapia familiar sistêmica-estrutural breve: implementação em um serviço-escola de psicologia</b> .....	76
Josimar Antônio de Alcântara Mendes	

**SEÇÃO 2: Ensaio**

<b>Breve ensaio sobre a empatia à luz dos <i>enactments</i></b> .....	82
Felipe Canterji Gerchman	



## EDITORIAL

A Diaphora é uma das produções da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul. Inicialmente tinha o propósito de publicar os escritos dos sócios e colaboradores. Com o passar do tempo, ao ser indexada em 2012, passou a seguir normas editoriais as quais tomaram o caráter de revista científica, para a qual são encaminhados artigos nacionais e internacionais.

Vale lembrar que a Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul tem mais de sessenta anos de existência, de história e de luta junto aos psicólogos e teve início antes mesmo do reconhecimento da Psicologia como profissão no Brasil. Nessa trajetória, a revista foi de fundamental importância para a construção do fazer e pensar psicologia nos seus mais variados campos e continua sendo um veículo de divulgação do conhecimento.

Já dizia o poeta espanhol Antonio Machado (1910/2011, n. p.), “Caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao caminhar”. Ao longo dos anos fomos amadurecendo, nos aperfeiçoando, aprendendo, literalmente, caminhando. Na trajetória deste ano particularmente especial, Editores e Conselho editorial tomaram três decisões importantes apoiados pela Diretoria. Consultamos também o Conselho Consultivo e Deliberativo Fiscal, uma vez que implica em atualizar o estatuto vigente na instituição, através de um adendo talvez, já que o último data de 2014 e no que diz respeito à revista, não contempla a atualidade dos tempos. O fato de pertencermos a uma sociedade com estatuto definido não nos impede de atualizarmos a revista e torná-la contemporânea.

Relativo às decisões acima mencionadas, a primeira foi separar a revista impressa da digital para adotar o DOI (Object Identifier System), importante identificador dos artigos no meio científico, fortalecendo a credibilidade de nosso periódico. A segunda foi a de atualizar a plataforma SEER, trazendo mais versatilidade e funcionalidade aos editores e leitores. Em terceiro lugar, decidimos

abrir mão da revista impressa priorizando-a na forma on-line.

Sobre a terceira decisão, de manter a revista apenas no meio digital, certamente que o fator redução de custos foi o principal, tendo em vista as dificuldades frequentes que enfrentamos quanto ao patrocínio. Contamos apenas com recursos próprios. Por ser a SPRGS uma instituição sem fins lucrativos, não solicitamos financiamentos, no entanto, dada importância das publicações e a intenção de qualificá-las, faz-se necessário repensar a questão, dada sua transformação crescente em valiosa fonte de pesquisa.

Cabe dizer que muito conversamos para modificar gradativamente a cultura da Sociedade de Psicologia frente ao seu periódico. Certa nostalgia pairava no ar em deixar a revista impressa. No entanto, em sinal dos tempos, a mudança se faz necessária.

A esperança de dias melhores iluminarão, ainda mais, a viabilização da caminhada.

Boa leitura a todos!

*Dra. Magda Medianeira de Mello*  
*Psicóloga/Psicanalista/Professora*  
*Editora Chefe da Revista*  
*magdamello23@gmail.com*

**Referências**

Machado, A. (2017). *Campos de Castilla*. Recuperado 2017, de [http://es.wikisource.org/wiki/Campos\\_de\\_Castilla](http://es.wikisource.org/wiki/Campos_de_Castilla). (Original publicado em 1907)



## Psicologia e pandemia: atendimentos *online* como possibilidade de cuidado

*Psychology and pandemic: online service as a possibility of care*

**Lucas Suisso de Oliveira<sup>1</sup>**

**Resumo:** O surto do novo coronavírus (COVID-19) exige uma rearticulação dos nossos modos de ser e estar no mundo uma vez que o isolamento social se tornou necessário como método de prevenção, influenciando os hábitos pessoais e os afazeres profissionais da população em geral. Pensando em como a Psicologia pode contribuir para o enfrentamento da pandemia, este artigo objetiva refletir sobre os atendimentos psicológicos *online* diante da necessidade de distanciamento social como forma de autocuidado. Para tanto, utilizou-se de uma pesquisa qualitativa partindo fenomenologia hermenêutica de Martin Heidegger para compreensão do homem indeterminado e afinado a sua época, que estando em um jogo existencial entre o próprio e o impróprio tem seu caráter finito e transitório revelado pelas situações limite advindas da pandemia e em sofrimento busca suporte emocional. Procedese com uma explanação de serviços prestados por psicólogos através de tecnologias da informação e comunicação e uma reflexão sobre o corpo presente e a distância nos atendimentos, concluindo que a categoria profissional fez emergir novos modos de cuidar conforme as necessidades de seu contexto histórico que ainda precisam ser melhor investigadas e discutidas.

Palavras-chave: Pandemia; Atendimento *online*; Psicologia.

**Abstract:** The outbreak of the new coronavirus (COVID-19) demands a rearrangement in the ways of being and be in the world once the social isolation have become necessary as a method of prevention changing the personal habits and professional occupations of the population in general. Thinking about how Psychology can contribute to pandemic combat, this article goal is to reflect about the psychological *online* service facing the social distant necessity as a way of selfcare. Therefore, it has been used Martin Heidegger's hermeneutic phenomenology to comprehension of the indeterminate man tuned to his own time, that being in an existential game between the appropriate and the inappropriate has his finite and transitional character revealed by extreme situations coming from the pandemic and, in suffer, searches for emotional support. Then, with an explanation of psychologists' services through information and communication technology and a reflection about present body and distance on the services, concluding that the professional category makes emerge new ways to take care according to the necessities of its historical context that still need to be better investigate and discussed.

Keywords: Pandemic; *Online* service; Psychology.

<sup>1</sup> Graduando em Psicologia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ – campus Seropédica.  
E-mail: lucassuisso@gmail.com

---

## Introdução

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2020), em 31 de dezembro de 2019, a cidade Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, alertou a Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre casos de pneumonia de etiologia desconhecida. Uma semana depois, autoridades confirmaram um novo tipo de coronavírus (COVID-19), que não havia sido identificado em seres humanos antes e tampouco causado doenças mais graves do que o resfriado comum.

A OMS (2020a) declarou no dia 30 de janeiro de 2020 que o surto do novo coronavírus se constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional, visando uma cooperação e coordenação global para impedir a propagação do vírus. Posteriormente, reconhecendo a distribuição da doença pelo mundo, a agência emitiu uma nota no dia 11 de março de 2020 caracterizando o cenário como uma pandemia (OMS, 2020b). Desde então, autoridades e especialistas estão colaborando para aprender mais sobre o vírus, como ele afeta as pessoas e como tratar os infectados.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2020a), a doença causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2) é chamada de COVID-19 e pode variar de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves em que o paciente pode necessitar de atendimento hospitalar devido à insuficiência respiratória. Os sintomas podem variar, contudo, os principais são: tosse, febre, coriza, dor de garganta e dificuldade para respirar. O vírus é transmitido por contato próximo através do toque das mãos, gotículas de saliva, espirros, tosse, catarro e objetos ou superfícies contaminadas, como os celulares, mesas e maçanetas, por exemplo.

Em junho de 2020, já haviam sido confirmados pelo Ministério da Saúde do Brasil (2020b) mais de 1 milhão casos de COVID-19 e 51.271 mortes no país. Como a doença não possui uma vacina ou medicamento específico para o tratamento, a OMS (2020c) preconiza medidas de autocuidado, como higienizar as mãos regularmente com água e sabão ou álcool em gel, evitar levar as mãos aos olhos, boca e nariz, manter pelo menos 2 metros de distância de outras pessoas, utilizar máscaras caseiras ou artesanais em situações de saída de casa, e reforçar o isolamento social para impedir aglomerações.

A Lei n. 13.979/2020 viabilizou o decreto de quarentena em diversos estados brasileiros, onde as autoridades locais optaram pela restrição do funcionamento de comércio e escolas. Por consequência, temos uma população que se angustia perante o cenário atual de pandemia, caracterizado pelo distanciamento social, pelos impactos econômicos e psicológicos, além da falta de previsibilidade acerca de uma resolução definitiva do problema.

A literatura aponta que os impactos na saúde mental da população podem durar mais tempo do que a própria pandemia, trazendo complicações emocionais e comportamentais a longo prazo. As reações mais esperadas são a ansiedade, o medo de ser infectado e transmitir para familiares, a solidão e a raiva (Ornell, Schuch, Sordi & Kessler, 2020; Faro *et al.*, 2020). Neste sentido, podemos refletir sobre o isolamento social e suas implicações psicológicas, considerando que o distanciamento pode realçar os sentimentos de desesperança, carência afetiva, saudade e perda do sentido da vida.

Com isso, o profissional da psicologia, considerando as especificidades da situação, se organizou rapidamente para auxiliar na compreensão e atender as demandas da população através de novas possibilidades de cuidado: os atendimentos à distância por meio de tecnologias da informação e comunicação. Este ensaio é um convite a refletirmos sobre as condições existenciais

que possibilitaram este tipo de ajuda psicológica e para isso recorreremos às contribuições de Martin Heidegger.

## Método: pandemia e a fenomenologia hermenêutica

Este artigo se deu por meio de um estudo qualitativo realizado através dos princípios da ontologia fundamental de Martin Heidegger, *Ser e Tempo* (1927—2008) onde se tece considerações sobre o sentido do ser do ente humano, apresentando o termo *Dasein*, cujo significado é ser-aí ou presença, na versão brasileira.

A terminologia ser-aí procura fazer jus a indissociação homem-mundo, sendo estes co-origenários, uma vez que o homem (ser) se constitui sempre em relação a um mundo (aí) que se abre como clareira de possibilidades. Com isso, o filósofo descreve os modos de ser do homem como ser-no-mundo, em constantes relações com os outros, com o meio e com a sua própria existência, que permanece em jogo nessa dialética de velamento e encobrimento.

Através de uma fenomenologia hermenêutica, o filósofo realiza uma analítica existencial da unidade ontológica ser-no-mundo, posto que, o ser-aí se encontra desde sempre lançado no mundo, sem uma determinação *a priori*, e com a responsabilidade de constituir seu projeto de vida a partir dos sentidos e referências do horizonte hermenêutico que o cercam. Sendo abertura originária, o ser-aí se familiariza com os entes que lhe vem ao encontro através das estruturas existenciais que Heidegger (1927—2008) denominou de compreensão (*Verstehen*), disposição (*Befindlichkeit*) e discurso (*Rede*), revelando o caráter constitutivo de poder-ser do ser-aí, que apreende as coisas conforme suas possibilidades.

Considerando a facticidade do ser-aí em estar lançado desde sempre em um horizonte histórico de sentido, e se familiarizando com as determinações de sua época, Heidegger (1927—2008) tematiza diferentes modos de ser, sendo estes, o modo da propriedade (*Eigentlichkeit*) e da improprriedade (*Uneigentlichkeit*), indicando que o ser-aí se encontra de início e na maior parte das vezes encoberto e disperso no impessoal (*das Man*), orientado pela pré-compreensão do mundo performando sua existência de forma superficial e descomprometida. Vale ressaltar que não são atribuídos juízos de valores aos modos de ser, como se o modo da improprriedade fosse algo depreciativo a ser superado, dado que é partindo do impessoal que referenciamos as interações sociais e comportamentais de nosso cotidiano:

Assim, nos divertimos e entretemos como impessoalmente se faz; lemos, vemos e julgamos sobre a literatura e a arte como impessoalmente se vê e julga; também nos retiramos “das grandes multidões” como impessoalmente se retira; achamos “revoltante” o que impessoalmente se considera revoltante. O impessoal, que não é nada determinado, mas que todos são, embora não como soma, prescreve o modo de ser da cotidianidade (Heidegger, 2008, p. 184).

Contudo, apesar da impossibilidade de um total rompimento com a impessoalidade, o ser-aí dispõe de uma abertura privilegiada ao seu ser-no-mundo: a tonalidade afetiva da angústia. Heidegger (1927—2008)

---

considera a atmosfera da angústia como fundamental para o descobrimento do caráter de poder-ser do ser-aí, na medida em que, a existência se dá de início e na maior parte das vezes dispersa no impessoal, buscando uma identidade, fugindo de si mesma e se ocupando no cotidiano, assim, evitando a responsabilidade de tomar para si um projeto existencial mais próprio e consciente de sua facticidade.

A angústia, ao suspender a familiaridade do mundo fático e suas referências, coloca o ser-aí frente a sua negatividade e indeterminação constitutiva, a estranheza primeira e ao nada. Desocultando aquilo que os sentidos sedimentados do mundo impessoal tentam constantemente esconder: o poder-ser e o ser-para-a-morte:

É na disposição da angústia que o estar-lançado na morte se desvela para a presença de modo mais originário e penetrante. A angústia com a morte é angústia “com” o poder-ser mais próprio, irremissível e insuperável. O próprio ser-no-mundo é aquilo com que ela se angustia. O porquê dessa angústia é o puro e simples poder-ser da presença (Heidegger, 2008, p. 326).

O ser-para-a-morte consiste na apreensão da existência como finita e transitória em um solo de possíveis realizações, como um projeto em andamento incapaz de se totalizar porquanto se constitui como abertura de mundo, e a finitude se apresenta como a condição insuperável do ser, revelando a impossibilidade de toda possibilidade. Com isso, podendo se antecipar a morte inevitável, o ser-aí se abre para todos os possíveis à sua frente, rompendo com todo enrijecimento da existência já alcançada (Heidegger, 2008).

Em *Os conceitos fundamentais da metafísica: mundo, finitude, solidão* (1983—2011), o filósofo alemão descreve outra tonalidade afetiva fundamental: o tédio. Absortos em um horizonte tecnológico que exige constante movimentação, produtividade e agilidade, o homem se depara com o intransponível do tempo longo, significado do termo alemão *Langeweile*, traduzido para tédio. Heidegger descreve três formas de manifestação da atmosfera tediosa: o entediar-se por algo, onde um ente é visto como causa do tédio, impulsionando o ser a passar o tempo com ocupações que o distraiam da inquietação; o entediar-se junto a algo, onde o tédio surge de forma indeterminada e talvez, imperceptível, onde o entediado se ocupa das referências socialmente aceitas como forma de lida; e o tédio profundo, onde o entediado não consegue abafar essa atmosfera com passatempos e ocupações, acarretando em um total esvaziamento de sentido, a falta de interesse por si próprio. Segundo Feijoo (2013, p. 7):

A rotina e a repetição trazem consigo a ausência de sentido e, ao sentirmos que nada tem sentido, o tédio alerta para o insuportável do cotidiano, do familiar, do ser obrigado a viver, mas tudo é igual, tudo é o mesmo, igual a nada: temos aqui a absoluta indiferença. Tonalidade afetiva que denuncia a totalidade inabarcável que nos assalta e nos afunda. E, nesse horizonte dessa lenta demora, nada tem sentido. E é esse nada que se apossa de tudo: assim, desiste-se.

A fenomenologia hermenêutica de Heidegger nos oferece subsídios para se pensar em uma atuação clínica que considere o homem como abertura de mundo, indissociável, atrelado a um horizonte histórico de sentido prévio que fornece referências para uma pré-compreensão dos entes mundanos, possibilitando que o ser-aí performe sua existência cotidiana em uma espécie de jogo existencial entre o ocultamento e o desvelamento, propriedade e impro-priedade, afinados pelas tonalidades afetivas fundamentais que conclamam trazer à tona o caráter originário de poder-ser e a facticidade do ser humano. Destarte, a atuação do psicólogo se pauta em uma compreensão do homem em seu círculo hermenêutico, sua liberdade e possibilidades existenciais. Habitualmente, estas podem se manifestar através das queixas psicológicas advindas de situações limites, como o rompimento da rotina atrelado ao estado de quarentena ou o medo da morte pelo vírus, que mobilizam a procura pelos serviços de psicologia.

Pautar um atendimento terapêutico no viés fenomenológico-hermenêutico heideggeriano exige do profissional o entendimento essencial daquilo que o filósofo denominou de Cuidado (*Sorge*), que também pode ser traduzido como cura (1927—2008). A noção ontológica de Cuidado diz respeito à totalidade da estrutura do ser-aí que desde sempre está implicada no mundo como abertura, tudo que vem ao encontro da compreensão do ser, se dá através do Cuidado que antecede toda atitude e situação fática. Podemos diferenciar dois modos de cuidar do ser: o modo da ocupação (*Besorgen*), quando nos relacionamos com os entes intramundanos a partir de sua utilidade, como instrumentos; e o da preocupação (*Fürsorge*) quando a relação se dá entre os entes que possuem o modo de ser do homem, ser-aí.

O Cuidado ao modo da preocupação pode se dar na cotidianidade pela indiferença com os outros e ocupação manual das coisas, pela substituição ao tomar para si as ocupações do outro e devolvê-las posteriormente como simplesmente dadas, e ao modo da anteposição libertadora, que visa colocar o outro frente às suas possibilidades existenciais sem dominá-lo. Conforme nos orienta Sá (2000, p. 264):

No âmbito da clínica, portanto, a anteposição seria o modo do ser-com em que o terapeuta deixa-se apropriar enquanto abertura dialogante para a manifestação das possibilidades próprias do outro. Heidegger diz que esses dois modos da preocupação, a substituição e a anteposição, são duas possibilidades extremas da preocupação não indiferente, na convivência cotidiana se dão inúmeras formas mistas.

Dessa forma, levando em consideração o homem como poder-ser em um recorte epocal de pandemia e novos hábitos que causam estranheza e angústia, aflorando as possibilidades de sofrimento no modo impessoal de ser e conclamando a atuação do psicólogo para prestar serviços que possam diminuir danos maiores e acolher aqueles que sofrem diante da crise, o terapeuta pautado nos indicativos formais da fenomenologia hermenêutica de Heidegger pode compreender a situação daquele que manifesta sua condição ontológica de indeterminação e finitude através de queixas psicológicas e procura suporte emocional. Visando dar conta das demandas atuais, os profissionais passaram a recorrer às tecnologias da informação e comunicação como forma de adaptação às especificidades do cenário de distanciamento social e pandemia.

---

## Cuidados psicológicos e a tecnologia

Conforme explicitado anteriormente, o surto do novo coronavírus trouxe modificações no cotidiano da população em geral exigindo uma rearticulação dos nossos modos de ser e estar no mundo (Guinancio *et al.*, 2020). Entre essas mudanças, podemos citar o estado de quarentena adotado por diversas autoridades no país, determinando o fechamento do comércio, escolas e áreas de lazer para evitar aglomerações, como a mais influente na rotina das pessoas. A impossibilidade de realizar as atividades comuns do dia a dia rompe com a noção de familiaridade e normalidade que estamos habituados na maior parte do tempo, e é tentando aplacar essa estranheza que remete ao ser-á sua negatividade ontológica que o homem pode vir a sofrer.

Schmidt, Crepaldi, Bolze, Neiva-Silva e Demenech (2020) relatam possíveis complicações advindas do contexto de pandemia e isolamento social para a população e para profissionais da área da saúde, demonstrando que o sofrimento psicológico pode se manifestar através da ansiedade, depressão, estresse ou comportamentos compulsivos relacionados ao receio de ser infectado pelo vírus e transmiti-lo aos familiares e amigos, e o medo da morte. Os autores também consideram as formas do psicólogo intervir nesse cenário através de propostas psicoeducativas e os atendimentos *online*.

Corroborando com a necessidade de adaptação da categoria profissional a conjuntura atual e visando diminuir os impactos negativos na saúde mental da população durante a pandemia de COVID-19, o Conselho Federal de Psicologia através da Resolução CFP nº 4/2020 flexibilizou a prestação de serviços psicológicos por meios de tecnologia da informação e da comunicação, reforçando o cumprimento do Código de Ética Profissional, e exigindo o cadastro na plataforma e-Psi (CFP, 2020). Em matéria publicada no dia 02 de junho deste ano, o jornal Correio Braziliense (Lima & Cardim, 2020) noticiou que o CFP registrou somente entre março e abril, 51.747 novos pedidos para que psicólogos trabalhem virtualmente, sendo esse número superior a todas as solicitações já feitas na história.

Uma das formas de atendimento através da tecnologia da informação e comunicação é o Projeto TelePSI lançado pelo Ministério da Saúde (2020c) em parceria com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, oferecendo teleconsultas psicológicas e psiquiátricas para os profissionais da saúde que estão na linha de frente cuidando dos pacientes infectados pelo COVID-1. As consultas são realizadas pelo telefone por meio de um canal gratuito e focam no suporte para manejar estresse, ansiedade, depressão e irritabilidade. A plataforma também conta com vídeos psicoeducativos disponíveis para todos que buscarem ajuda no site do projeto.

Idealizado por um profissional de Minas Gerais, o Projeto Psicologia Solidária atendeu mais de 3 mil pessoas de acordo com a matéria publicada por Mariana Pereira (2020) no jornal eletrônico G1. Aqueles que necessitam de acolhimento psicológico se inscrevem em um formulário de inscrição *online* e são direcionados para um profissional voluntário que realiza a consulta de 50 minutos por meio de plataformas de vídeo. Atualmente, o programa é constituído por psicólogos de 11 estados diferentes do Brasil e garante seguir as regras do Código de Ética Profissional do CFP.

Segundo Pieta e Gomes (2014), a psicoterapia *online* já vem se desenvolvendo e apresentando resultados promissores no exterior há muitos anos, apesar de ser um campo em investigação e carente de diretrizes mais específicas que possam orientar e regulamentar a prática e suas diversas demandas. Ainda assim, o atendimento virtual se mostra capaz de expandir o

alcance da psicologia e suas formas de cuidado. Ruffo (2016) acrescenta ainda a possibilidade de orientação psicológica por e-mails e o aconselhamento virtual, refletindo sobre o ser que em crise busca ajuda e pode encontrar através da internet:

Nesse sentido, a procura pelo atendimento psicológico é um modo possível de restabelecer a tessitura cotidiana rompida. Para isso, a existência lança mão dos meios que lhe estão disponíveis. E para muita gente atualmente a internet é o meio mais à mão para comunicar-se (p. 69).

Diante do cenário de pandemia, Viana (2020) reforça as mudanças nas políticas públicas e iniciativas privadas aspirando diminuir os impactos na saúde mental da população. Dentre as possibilidades no campo de atuação, o autor cita os atendimentos *online* como forma de assistência no contexto de luto, de acolhimento e de segurança pública. As orientações de saúde mental por intermédio de aplicativos e palestras virtuais também aparecem como alternativas de cuidados.

Desse modo, visamos demonstrar os modos de rearticulação dos psicólogos que estão atuando no contexto da pandemia e o período de isolamento social. Atualmente, diversas universidades brasileiras estão oferecendo acolhimento psicológico via internet, assim como profissionais da área clínica estão remanejando as consultas para o ambiente virtual. A união entre a psicologia e a tecnologia tem viabilizado ferramentas que possibilitam a prestação de serviços de qualidade para a população que enfrenta uma situação atípica e sofre suas consequências.

## Corpo e presença: limitações dos atendimentos à distância

O foco atual nas modalidades de atendimentos psicológicos *online* traz consigo questões que carecem de estudos mais aprofundados no Brasil. É válido refletirmos sobre os limites dessa possibilidade de cuidado uma vez que o psicólogo pode ser considerado “um profissional do encontro” (Figueiredo, 1993, p. 93) cuja presença face a face é fortemente associada ao vínculo terapêutico com o cliente. O que nos leva ao seguinte questionamento: quais as implicações para a atuação terapêutica em um encontro entre corpos virtuais?

O contato virtual apresenta vantagens como a facilidade de acesso, maior desinibição para exposição pessoal e custo-benefício. Baldanza (2006) relata a importância do corpo nas relações sociais e afirma que mesmo através dos aparelhos tecnológicos ele se faz presente mediante a fala, ao modo de digitar ou por videoconferência. Todavia, o atendimento *online* demonstra nuances que precisam ser pensados no que tange a presença e a relação estabelecida:

A ausência de expressões corporais pode ser considerada como um ponto fraco na interação e sociabilidade em ambiente virtual. Diferentemente da comunicação face a face, que envolve não somente a fala mas também um conjunto de expressões corporais que comunicam e esboçam emoções, a interação no ambiente virtual não possui esse contato, e o corpo e suas mani-

---

festações tornam-se ausentes. Contudo, neste ambiente, onde a comunicação é realizada por meio de aparatos técnicos, o corpo real dá lugar a outros tipos de representação de emoções, uma vez que na comunicação mediada não há contato físico e interação entre corpos reais (Baldanza, 2006, p. 8).

O filósofo Merleau-Ponty (1945—1999) em oposição ao modelo dualista mente-corpo, aproxima os afetos, a linguagem, a subjetividade e a própria existência em uma experiência vivida através da corporeidade. Em uma aproximação com as considerações de Heidegger, podemos compreender o corpo como “a dimensão do ser humano pela qual o ser nele se manifesta. A abertura do homem ao ser se dá pela corporeidade, pelo corporar” (Almeida Prado, Caldas & Queiroz, 2012, p. 789). Por conseguinte, os modos do homem revelar seus sentidos e referências se dão através do corpo, realçando assim a importância de pensarmos os limites da prática e o que pode vir a escapar nessa modalidade à distância.

Em uma pesquisa sobre orientação psicológica *online*, Siegmund e Lisboa (2015) expõem os aspectos negativos que marcaram a prática segundo os profissionais entrevistados: o caráter impessoal que o atendimento pode assumir, a dificuldade de expressar emoções e a impossibilidade de uma avaliação completa do indivíduo devido à falta de interação corporal. Fatores estes que exigem um manejo diferenciado na relação, onde outras formas de expressões são valorizadas, como o tom de voz (principalmente nos casos de teleconsulta telefônica) e as reações faciais que tomam foco nas videoconferências.

Vale ressaltar que estudos constataram médias semelhantes na avaliação da aliança terapêutica presencial e virtual, e que o diferencial na relação entre o profissional e o cliente entre as modalidades não configurava em algo positivo ou negativo (Pieta & Gomes, 2014). Não obstante, a prática requer mais estudos e uma sistematização que leve em conta as especificidades da área, como quais meios tecnológicos são ideais, para quais tipos de demandas são recomendados e como minimizar os efeitos das dificuldades tecnológicas e da internet, esclarecendo assim os limites da possibilidade de um cuidado à distância.

### Considerações finais

Com isso podemos refletir acerca do caráter hermenêutico do homem que baliza seus projetos existenciais em um solo temporal segundo as referências de sua época, conforme nos orienta Heidegger (1927—2008). Ao tomarmos o contexto de pandemia como um recorte histórico que sedimenta novos modos de estar no mundo, podemos compreender as possibilidades do ser-aí para performar sua existência afinada aos sentidos que a época demanda.

Em consonância com as contribuições do filósofo alemão que foram anteriormente explanadas, o ente humano, diante de situações limites que rompem com a familiaridade impessoal, trazem o medo da morte e o lembrete da indeterminação à tona, pode vir a sofrer e a buscar ajuda psicológica. Por sua vez, os profissionais que também se relacionam com a própria finitude e sintonizados com as demandas que lhe são atribuídas nesse tempo, buscam se reorganizar visando dar conta daquilo que esperam da categoria: intervenções e cuidados psicológicos.

A partir do que foi apresentado ao longo deste artigo, podemos concluir

que seja pelo telefone ou videoconferência, a categoria profissional se mostra disposta a acolher as angústias daqueles que sofrem. Apesar de não serem inaugurados devido a pandemia, os meios de atendimento *online* estão voltando ao foco das discussões acerca de seus alcances, suas possibilidades e limitações, considerando o momento atual que exige especificidades e novos hábitos.

O ambiente virtual e as tecnologias vieram para ficar. Trouxeram rapidez e possibilidades de conexão. Não há limites para o alcance virtual, por esta razão, incluir as tecnologias na aprendizagem pode estimular alunos e futuros profissionais a buscarem incessantemente o conhecimento de forma contextualizada, integrada e, ao mesmo tempo, concreta e abstrata (Stoque, Scotton, Lisboa & Neufeld, 2016, p. 97).

Sem a pretensão de esgotarmos o tema, este estudo oferece um olhar fenomenológico de uma época específica que conclama o caráter mais originário do ente humano: o seu poder-ser e os modos de rearticulação que surgem decorrentes da angústia fundamental e as tonalidades afetivas que retiram o homem da familiaridade cotidiana. Por efeito, tanto aquele que sofre e necessita de ajuda, quanto o profissional atrelado às particularidades do contexto histórico se engajam no enfrentamento da pandemia, encontrando novos modos de ser e estar no mundo.

### Referências

- Almeida Prado, Rafael Auler de, Caldas, Marcus Tulio, & Queiroz, Edilene Freire de. (2012). O corpo em uma perspectiva fenomenológico-existencial: aproximações entre Heidegger e Merleau-Ponty. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(4), 776-791. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000400002>
- Baldanza, R. F. (2006). *A comunicação no Ciberespaço: reflexões sobre a relação do corpo na interação e sociabilidade em espaço virtual*. In VI Encontro dos Núcleos de Pesquisa da Intercom. Brasília: Núcleo de Pesquisa em Tecnologias da Informação e da Comunicação. Recuperado de <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2006/resumos/R1012-1.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2020). Resolução do exercício profissional nº4, de 26 de março de 2020. *Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológico prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID19*. Recuperado de <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid19?origin=instituicao>
- Faro, André, Bahiano, Milena de Andrade, Nakano, Tatiana de Cassia, Reis, Catielle, Silva, Brenda Fernanda Pereira da, & Vitti, Laís Santos. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200074. Epub June 01, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
- Feijoo, A. M. L. C. (2013). O homem em crise e a psicoterapia fenomenológico-existencial. *Fenomenologia & Psicologia*, 1(1). Recuperado de: <http://www.periodicosletronicos.ufma.br/index.php/fenomenolpsicol/article/view/1345>
- Figueiredo, L. C. M. (1993). Sob o signo da multiplicidade. *Cadernos de Subjetividade. São Paulo*, 1, 89-96. Recuperado de: <http://revistas.pucsp.br/cadernossubjetividade/article/view/38112>

- Guinancio, J. C., Sousa, J. G. M. de, Carvalho, B. L. de, Souza, A. B. T. de, Floriano, A. de A., & Ribeiro, W. A. (2020). COVID - 19: Daily challenges and coping strategies in the face of social isolation. *Research, Society and Development*, 9(8), e259985474. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5474>
- Heidegger, M. (2008). *Ser e Tempo* (3a ed.) (Márcia Schuback, Trad.). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1927)
- Heidegger, M. (2011). *Os conceitos fundamentais da metafísica: mundo, finitude, solidão* (Marco Antonio Casanova, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Original publicado em 1930).
- Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 (2020). Dispõe sobre as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Recuperado de: L13979
- Lima, B. & Cardim, M. E. (2020). Conselho Federal de Psicologia tem aumento de pedidos de consultas virtuais. *Correio Braziliense*. Recuperado de: <https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/06/02/interna-brasil,860185/conselho-federal-de-psicologia-tem-aumento-de-pedidos-de-consultas-vir.shtml>
- Ministério da Saúde. (2020a). *Sobre a doença*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>
- Ministério da Saúde. (2020b). *Coronavírus Brasil*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Recuperado de: <https://covid.saude.gov.br/>
- Ministério da Saúde. (2020c). *Profissionais do SUS já podem contar com suporte psicológico*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46906-profissionais-do-sus-ja-podem-contar-com-suporte-psicologico>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)*. Recuperado de: OPAS/OMS Brasil - Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Revista debates in psychiatry*. Recuperado de: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/arquivos/pandemia-de-medo-e-covid-19-impacto-na-saude-mental-e-possiveis-estrategias>
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção* (2a. ed.; C. A. R. Moura, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1945).
- Pereira, M. (2020). Psicólogos de 11 estados oferecem atendimento online gratuito durante isolamento: 'Esse projeto salvou minha vida', diz paciente. *G1*. Recuperado de: <https://g1.globo.com/mg/grande-minas/noticia/2020/05/13/psicologos-de-11-estados-oferecem-atendimento-online-gratuito-durante-isolamento-esse-projeto-salvou-minha-vida-diz-paciente.ghtml>
- Pieta, Maria Adélia Minghelli, & Gomes, William B.. (2014). Psicoterapia pela Internet: viável ou inviável?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(1), 18-31. Psicoterapia pela Internet: viável ou inviável?
- Ruffo, L. (2016). *Ensaio para compreensão de uma prática psicológica em construção: atendimento online*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/D.47.2016.tde-17082016-161759. Recuperado em 2020-06-12, de [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-17082016-161759/publico/ruffo\\_corrigida.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-17082016-161759/publico/ruffo_corrigida.pdf)
- Sá, R. N. (2000). A noção heideggeriana de cuidado (Sorge) e a clínica psicoterápica. *Veritas (Porto Alegre)*, 45(2), 259-266. Recuperado de: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/veritas/article/view/35062>
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200063. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Siegmund, Gerson, & Lisboa, Carolina. (2015). Orientação Psicológica On-line: Percepção dos Profissionais sobre a Relação com os Clientes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 168-181. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001312012>
- Stoque, Fabiana Maris Versuti, Scotton, Isabela Lamante, Lisboa, Carolina Saraiva de Macedo, & Neufeld, Carmem Beatriz. (2016). Tecnologias da informação e comunicação e formação do psicólogo clínico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(2), 83-90. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20160015>
- Viana, D. M. (2020). ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ONLINE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19. *Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará*, 14(1), 74-79. Recuperado de: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/399>
- World Health Organization. (2020a). *WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on novel coronavirus (2019-nCoV)*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)
- World Health Organization. (2020b). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020*. Recuperado de: WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020
- World Health Organization. (2020c). *Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public*. Recuperado em 11 de junho, 2020, de: Advice for public

## Ensinaamentos da prematuridade em tempos de COVID-19

### *Lessons of prematurity at times of COVID-19*

**Adriane Gonçalves Salle<sup>1</sup>, Cláudia Simone Silveira dos Santos<sup>2</sup>, Nina Aguilar Soares<sup>3</sup>  
e Viviane Salazar<sup>4</sup>**

**Resumo:** A pandemia da COVID-19 vem transformando a rotina e a saúde mental da sociedade, e com isso, questões relacionadas ao tema se encontram mais latentes. No hospital, os cuidados intensos aos pacientes e familiares somam-se ao medo, à preocupação, à busca do controle do ambiente diante de uma situação ainda desconhecida, mas de um risco potencial à saúde de todos. As equipes encontram-se mais fragilizadas e necessitando recursos para enfrentar seu estresse e sofrimento. Diante desse cenário, encontram-se nos familiares de bebês prematuros, possíveis aprendizados de resiliência e estratégias de enfrentamento. Este artigo é um relato de experiência de profissionais de Psicologia de uma Unidade de Internação Neonatal de um hospital público e de ensino do Sul do país. Tem como objetivo refletir sobre fenômenos psicológicos vividos na prematuridade e aprendizados possíveis de construir com profissionais de saúde em um cenário de pandemia. Percebe-se que pais de bebês prematuros, por já viverem separações abruptas, incertezas e medos quanto à saúde de seus filhos, possuem estratégias de enfrentamento que conseguem se ampliar para angústias relacionadas à pandemia, adaptando-se mais facilmente ao momento. Pretende-se, com estas observações, voltar a atenção aos pais de prematuros, que muito podem contribuir com intervenções de saúde mental.

Palavras-chave: COVID-19; Prematuridade; Profissionais de saúde.

**Abstract:** The COVID-19 pandemic has been transforming society's routine and mental health, and with this, issues related to the theme are more latent. At the hospital, intensive care for patients and families is added to fear, concern, the search for control of the environment in the face of an unknown situation, but of a potential risk to the health of all, and the teams are more fragile and needing resources to face their stress and suffering. In view of this scenario, family members of premature babies are able to learn resilience and coping strategies. This article aims to report the experience of Psychology professionals from a Neonatal Inpatient Unit of a public and teaching hospital in the South of the country. Aims to reflect on psychological phenomena experienced in prematurity and possible learnings to build with health professionals in a pandemic scenario. It is noticed that parents of premature babies, for already experiencing abrupt separations, uncertainties and fears about the health of their children, have coping strategies that are able to expand to anguish related to the pandemic, adapting more easily to the moment. It is intended, with these observations, to turn the attention to parents of premature babies, who can contribute a lot with mental health interventions.

Keywords: COVID-19; Prematurity; Health professionals.

<sup>1</sup> Psicóloga do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Especialista em Psicoterapia da Infância e Adolescência (CEAPIA). E-mail: asalle@hcpa.edu.br

<sup>2</sup> Psicóloga do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Doutora em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia (UFRGS). E-mail: csssantos@hcpa.edu.br

<sup>3</sup> Psicóloga Residente do campo Atenção Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: nasoares@hcpa.edu.br

<sup>4</sup> Psicóloga Residente do campo Atenção Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: visalazar@hcpa.edu.br

---

## Introdução

Desde o início de 2020, um novo vírus, denominado Coronavírus (Sars-Cov-2), vem causando um número alarmante e súbito de contágio humano e, conseqüentemente, de óbitos, necessitando que, em março de 2020, a OMS considerasse a COVID-19 (denominação da doença originada pelo contágio do novo Coronavírus) como uma pandemia. (Organização Pan-Americana de Saúde & Organização Mundial de Saúde, 2020). Até julho de 2020, foram mais de 12 milhões de pessoas contaminadas no mundo, sendo que, destas, mais de 550 mil foram a óbito (John Hopkins University and Medicine, 2020). No Brasil, por sua vez, o número de casos confirmados, de forma acumulada até julho de 2020, ultrapassou 1,7 milhões, havendo mais de 67 mil óbitos causados pela doença (Ministério da Saúde, 2020).

A COVID-19 entrou em nossas vidas sem pedir licença, sem ser anunciada. Chegou e pronto. Imediatamente foram necessárias medidas extremas de cuidados com a saúde de todos. Cuidados estes que vivem num processo de reinvenção contínua, a cada novidade que surge com relação às formas de contágio do novo Coronavírus. Isolamento social, confinamento, distanciamento social: palavras que passaram a fazer parte da vida das pessoas sem muita clareza do significado de cada uma, mas com uma certeza apenas, a de que temos que ficar longe uns dos outros. Famílias, comércio, sociedade tendo que se desacomodar e rapidamente se adaptar ao novo jeito de viver.

Com isso, a saúde mental passou a ser um ponto de importante atenção na sociedade. Percebe-se o quanto lidar com uma doença ainda pouco desvendada pela comunidade científica vem sendo um desafio para todos. Os cuidados constantes, a necessidade do isolamento social, a ruptura de rotinas, prejuízos financeiros, entre outros tantos pontos de impacto por conta desta pandemia vêm influenciando a saúde mental da população, a ponto de se cogitar que os impactos psicológicos na sociedade poderão perdurar para além do período da pandemia, sendo até mesmo mais duradouros e significativos do que as conseqüências da própria COVID-19 (Schmidt, Crepaldi, Bolze, Neiva-Silva, & Demenech, 2020).

Em tempos como esse, observamos a continuidade de serviços essenciais, a angústia espalhada e espelhada no rosto dos profissionais e suas famílias, os medos, as incertezas, as dúvidas. Até quando vamos neste compasso? Até quando vamos ter que nos separarmos para, futuramente, ficarmos bem? Quem irá nos dar uma notícia da data que tudo isso irá acabar?

Essas questões nos fizeram associá-las ao nosso trabalho como psicólogas de uma Unidade de Internação Neonatal. Diariamente, intervimos com famílias que, inesperadamente, se deparam com a chegada de um filho prematuro. Junto surgem dúvidas, incertezas, fantasias, imaginário, uma imensa demanda psíquica diante do desconhecido, das necessidades das famílias, dos bebês e da equipe (Rosa & Gil, 2017). Percebemos, neste ambiente, que diversos fenômenos psicológicos circulam e que poderiam ser foco de atenção e reflexão neste momento. Afinal, o que a prematuridade pode ter a ensinar-nos diante de uma situação tão extrema quanto a de uma pandemia?

## Método

O proposto artigo se apresenta como um relato de experiência, configurando-se como um estudo descritivo de natureza qualitativa. Para Gil (2002), este modelo de estudo se preocupa em descrever as especificidades de determinado fenômeno, individual ou coletivo. Além de reconhecer as

possibilidades entre as dimensões, a pesquisa descritiva também pode fomentar uma nova perspectiva sobre determinado problema.

Trata-se de um relato de experiência das psicólogas da Unidade de Internação Neonatal de um hospital público e de ensino do Sul do país, com base nas vivências em um, no período compreendido entre março e junho de 2020. Os dados foram coletados mediante observação.

## Discussão

### A prematuridade enquanto formadora de resiliência

Desde o início da pandemia, especialmente a partir de março deste ano (2020), observamos o quanto os pais dos bebês internados têm vivenciado o momento de maneira mais adaptada do que a equipe de saúde. Há a impressão de que os pais dos bebês ali presentes se comportam como se estivessem desconectados da realidade, e o questionamento sobre como estão se protegendo e protegendo suas famílias se torna cada vez mais presente dentro da unidade. Costumam tomar as medidas de cuidado, mas na maior parte do tempo não demonstram uma fragilidade emocional esperada pela equipe em função da condição de seu bebê somada ao cenário de pandemia. A cada notícia sobre a saúde dos filhos, novas medidas de cuidados. Parecem já fazerem parte e conhecerem melhor essa rotina. Tais observações inquietaram a todos os profissionais de saúde, em especial nós, psicólogas. Passamos a analisar, assim, a relação possível entre a vivência da prematuridade e conseqüente internação neonatal de um filho na capacidade de resiliência dos pais em cenários desafiadores como de uma pandemia.

A prematuridade entra na vida das famílias, muitas vezes, de forma súbita e não esperada. O momento do nascimento se torna algo tenso, preocupante, que desperta medos e expectativas. O bebê é separado dos pais abruptamente, fica numa incubadora, lhe são colocados aportes tecnológicos e o tempo passa num compasso diferente, individual, único. A transferência de confiança faz com que tenham que aprender, internamente, a confiar na equipe e na tecnologia. Sentimentos de tristeza, angústia, culpa e medo surgem neste período, associados ao estigma social relacionado à UTI Neonatal (Silva, Menezes, Cardoso, & França, 2016). A falta do contato físico, as perguntas sem respostas precisas muitas vezes incrementam a angústia desses pais. Mas escutam da equipe que é assim, aos poucos, com ou sem intercorrências, que a prematuridade se dá, conforme a evolução do bebê. Por vezes escutam limitações terapêuticas, piora significativa, possibilidade de óbito. Recebem as informações e precisam processar, assimilar, compreender, para que possam se sustentar emocionalmente ao lado do filho. Ao retornarem para suas casas, compartilham com a família o que escutaram e buscam na mesma o apoio necessário, sendo um núcleo de saúde, muitas vezes, para esses pais, atuando como uma referência para compreender a situação de seu filho e entender como atuar durante o processo de internação (Molina, Fonseca, Waidman, & Marcon, 2009).

Dessa forma, talvez os pais façam uso de estratégias de enfrentamento mais adaptativas a situações de maior demanda emocional e de risco, pois a experiência com a prematuridade faz com que desenvolvam essa capacidade. A vida da família para nessa fase de cuidados, e um novo adaptar-se se instala. Em estudo realizado por Loss, Caprini, Rigoni, & Andrade (2015) com mães de bebês internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, foi realizado

---

um levantamento acerca das estratégias de enfrentamento utilizadas por mães diante da internação do filho. A estratégia de solução de problemas mostrou-se a mais presente no relato destas mães, o que significa que apesar de o nascimento de um bebê prematuro e sua consequente internação ser uma situação na qual a mãe tem pouca sensação de controle, ela busca empregar ações instrumentais que contribuam para a alteração deste estressor, seja observando os procedimentos realizados pela equipe, seja buscando participar dos cuidados com o filho. Flores e Traperó (2017) corroboram ao trazer a hipervigilância, a labilidade emocional e até mesmo a impressão de “dissociação” e de pouco impacto afetivo como características que os pais de prematuros podem viver durante a internação. Frisam, inclusive, a importância de não reconhecer essas reações nos pais como patológicas, uma vez que estas auxiliam na construção de um processo de adaptação e de estratégias de enfrentamento frente ao estresse de viver a hospitalização de seu bebê.

Percebe-se, assim, que não apenas impactos psicológicos são vividos pelos pais durante a hospitalização, mas também são possíveis construções de estratégias de enfrentamento em situações de estresse e, conseqüentemente, um desenvolvimento de resiliência pode ocorrer nesse processo. Rossman, Greene, Kratovil, & Meier (2017), em um estudo voltado a mães com bebês internados em uma UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), perceberam que as participantes foram construindo uma importante resiliência a partir do momento em que reconheceram as mudanças em suas vidas, especialmente no puerpério, e aprenderam a conviver com eventos e sentimentos que estavam além de seu controle, dando um novo sentido ao processo de hospitalização e do papel materno. Com isso, os autores acreditam que mães que vivem a experiência de uma UTIN podem viver um crescimento pós-traumático, tendo um novo senso de força, de resignificação de suas prioridades e de valorização da vida e das experiências como fontes de aprendizados (Rossman et al., 2017).

Conseqüentemente, pensando na pandemia COVID-19, vamos nos dando conta de algo: os pais de prematuros, talvez por já vivenciarem essa demanda emocional diante da condição de saúde do seu bebê, se mostram, na maioria das vezes, capazes de enfrentar melhor do que nós, equipe de saúde, este momento de pandemia. Já estão mais adaptados com a incerteza, com a fragilidade, já vivem nesse cenário delicado. Por poderem acompanhar os filhos durante a internação, vão adquirindo experiência e compreendendo a dinâmica do hospital e se familiarizando com ela, se adaptando ao processo (Molina et al., 2009). Nesse momento de pandemia, esse processo de familiarização parece contribuir para a percepção de que o hospital possa ser uma opção mais segura de ambiente para o bebê (Fan et al., 2020).

### **A experiência da atuação na neonatologia durante a pandemia: o fazer da psicologia e os aprendizados com a prematuridade**

Mas e nós, como equipe, como estamos vivendo o momento da pandemia tendo que dar conta dos nossos pacientes, colegas de trabalho e família? Temos medo, inseguranças, fantasias. Mas nós colocamos muito no lugar do outro. Observamos como nos tornamos frágeis também, assim como os bebês e suas famílias. O quanto precisamos de uma informação precisa, do acolhimento afetivo e foco para que possamos desenvolver nossas tarefas. Neste momento, nosso tempo parece ser como o vivido pelos pais dos nossos bebês. Não temos uma data de quando tudo vai terminar, de quando iremos retornar às rotinas de trabalho e pessoal, muito parecido com o que escutamos nos relatos das famílias em nossos atendimentos.

Como os pais, será que precisamos de informações precisas ou de acolhimento e afeto? Não seria um exercício vivido pela equipe multiprofissional para que no futuro possam criar outras maneiras de atender e acolher? O que desta relação equipe/pais de bebês prematuros e equipe/bebês prematuros ficará após a pandemia de COVID-19? As respostas a essas questões talvez sejam empatia mais pulsante, formas de manejo, cuidados ainda mais colaborativos, pensando no ser humano enquanto sujeito social e não apenas num corpo a ser tratado ou curado (Morsch, Custódio, & Lamy, 2020).

A rotina da psicologia na Unidade de Neonatologia se transformou, se ampliou. Antes, nosso trabalho centrava-se nas famílias dos bebês, participação de *rounds*, discussões com equipe multiprofissional. Atualmente, sistematizamos uma rotina de escuta diária da equipe, com o objetivo de identificar demandas de cada turno, acolher eventuais situações mais críticas e mediar conflitos.

Algumas ações específicas foram desenvolvidas, como a comunicação em cada sala das medidas de proteção para os bebês, suas famílias e equipe. Num primeiro momento, percebemos que tanto a equipe como os pais se sentiram seguros, pois todos estavam escutando a mesma informação. E por que a psicologia participava dessa comunicação? A presença do psicólogo fazia com que tanto os pais como profissionais pudessem ser acolhidos no momento da orientação técnica, pois a escuta das medidas protetivas poderia gerar algum desconforto, principalmente em indivíduos mais frágeis emocionalmente.

Ao longo dos dias, as dúvidas com relação ao uso correto de EPIs começaram a gerar sentimentos diversos nos profissionais. Estudos indicam que além dos impactos psicológicos diretamente ligados ao COVID-19, as medidas de segurança adotadas visando à contenção da pandemia também podem consistir em fatores de risco para a saúde mental dos indivíduos (Schimidt, Crepaldi, Bolze, Neiva-Silva, & Demenech, 2020). A equipe percebe os equipamentos de segurança como objeto de um movimento de controle, em que, a partir do momento em que os possuem, conseguem administrar o ambiente de forma a estar livre de ameaças (Junqueira, 2020). Uma vez que se deparam com a desilusão do controle absoluto, diversas angústias se tornam latentes, e o trabalho da Psicologia vem se fazendo importante para trabalhar essas questões. Além disso, percebe-se, por parte dos profissionais de saúde, que, ainda que estes não estejam atuando diretamente com pacientes diagnosticados com COVID-19, podem apresentar sofrimento psicológico em contextos de emergência de saúde, fenômeno que podemos denominar como traumatização secundária, em que indivíduos que não sofreram diretamente com uma situação, passam a apresentar sintomas decorrentes da empatia por quem sofreu diretamente com a mesma, no caso profissionais atuantes na linha de frente contra o COVID-19 (Brooks et al., 2020; Li et al., 2020). Por um considerável período, enquanto não tínhamos casos suspeitos, percebíamos esses fenômenos circularem pela unidade.

Contudo, surge em um dado momento um novo cenário, já esperado, mas não pouco amedrontador: suspeitas de bebês com COVID-19. A equipe preocupada em como noticiar para os pais desses bebês e o reflexo disso em toda a unidade. Momento difícil, em que a psicologia desempenhou seu papel auxiliando os demais profissionais na informação e na necessidade dos pais de não comparecerem ao hospital até vir o resultado do exame de seus bebês. Mais uma vez, nos reportamos ao momento do nascimento do bebê prematuro, em que o distanciamento é abrupto e necessário, a necessidade de a mãe aguardar na recuperação para somente após algumas horas rever e reconhecer seu filho. Diante da suspeita de uma infecção viral, reavivam-se

---

os sentimentos e impotência, medo de perda, de distanciamento agora por mais horas que já havia experimentado, somados à angústia da espera. Questões que ouvimos desses pais: será que eu passei para o meu bebê? Não tenho nenhum sintoma, como pode ter acontecido isso? Não toco no meu filho para não o colocar em risco. Observo que a equipe se cuida também, como pode acontecer?

Estas perguntas também se estendiam aos profissionais. Nova intervenção psicológica, agora com todos os pais da Unidade e com a equipe que ficaria na sala com os bebês isolados. Um misto de sentimentos foi identificado nesses pais: medo de que seus filhos também pudessem experimentar a mesma situação e a solidariedade com aqueles que precisaram se afastar do hospital.

A equipe que ficaria isolada junto ao plantão também precisava ser acolhida. Não imaginava ter que enfrentar, de maneira surpresa, a tarefa de se pararem e ficar até o final do plantão diante dessa situação. A escuta a esses profissionais também se deu de forma pontual, focada na entrada e na saída do horário de trabalho. Identificamos que faziam uso de determinadas estratégias, como a atenção redobrada aos cuidados, conversas que não incluíam o momento que estavam passando, algo que fazem diariamente no turno de trabalho e uma organização mental de como iriam até suas residências de forma segura. A escuta dos profissionais da unidade se deu de maneira individual e em grupos das salas em que trabalhavam. A disponibilidade interna da equipe para o enfrentamento, naquele momento, foi observada na rápida organização de como iriam auxiliar os profissionais que não poderia circular na Unidade, naquele momento.

Com a notícia dos exames negativos, a Unidade passou a funcionar novamente com a autorização da presença de todos os pais. Porém, agora, com a liberação apenas de um dos pais com o filho, sem possibilidade do casal estar junto na Unidade, como é a rotina. Novamente a intervenção da psicologia, pois mais uma vez a separação brusca de um dos pais do seu bebê, a separação inesperada do seu filho, como ao nascimento. Tudo que é estranho ao ambiente se busca eliminar, muitas vezes considerando os próprios pais dos bebês como ameaça, já que existe um não saber da equipe em relação à possibilidade de estarem contaminados ou não, buscando, então, privá-los o quanto possível de entrarem em seu ambiente supostamente controlado (Junqueira, 2020).

Podemos fazer um paralelo entre as reações dos pais, com os quais intervimos diariamente como rotina, com as reações observadas na equipe. Exaustivamente, os pais são orientados com rotinas, cuidados, como devem manter o comportamento na Unidade junto ao filho. Por vezes, alguns mais angustiados não conseguem assimilar prontamente o que lhes é dito. Repetições, embates, resistências, negação, falta de limites. Atualmente, o mesmo comportamento também é percebido em alguns membros da equipe, a resistência para assimilar determinadas orientações (que se modificam conforme a evolução da pandemia) e geram insegurança, conflitos, aumento de ansiedade e impulsividade. Será que a equipe é capaz de reconhecer seu funcionamento tão parecido com o dos pais, que tanto julgamos ou cobramos? Esperamos que, com o passar do tempo, essa reflexão possa ser realizada.

O olhar para a equipe também se estende para os colaboradores da área administrativa, pensando no hospital como um todo. São as primeiras pessoas com quem os pais têm contato ao entrarem na Unidade, que informam onde está o bebê, que solicitam os documentos e, no atual momento de pandemia, se tornam responsáveis por restringir entrada de pessoas que extrapolem as atuais regras de contingenciamento; logo, assumem um papel regulatório na

unidade, recebendo a angústia e, em alguns momentos, agressividade dos pais mais abalados pela hospitalização de seus bebês e pelas mudanças em função da pandemia. Esses profissionais também sofrem pelo desconhecido, pelo medo de se contaminarem e pelo cuidado pessoal e com os seus familiares. A escuta psicológica desse grupo também se faz necessária, pois acompanham as orientações, as demandas dos pais e as demandas da equipe. O trabalho com esse grupo teve como objetivo propiciar um espaço de escuta e avaliar como estão cuidando da sua saúde mental para vivenciarem o momento de pandemia.

As demandas são inúmeras, e vão se transformando com o passar do tempo e com o curso da pandemia na região. A escuta e o acolhimento se fazem necessários em todos os momentos, com todos os sujeitos que passam pela unidade. A cada novo evento estressor resultante da pandemia, a psicologia se faz presente para buscar construir, junto das famílias e das equipes, as estratégias necessárias para se adaptar, da forma mais saudável possível, aos desafios encontrados. Apesar do desconhecido, vive-se com uma realidade traumática de uma ordem imensurável aos pais dos bebês: lidar com o bebê real e sua necessidade de internação, de acompanhamento médico, as rupturas vividas e a perda do controle constante sobre a evolução de saúde do bebê e os seus cuidados. Percebemos, cada vez mais, a importância de termos um olhar empático sobre estas vivências, que geram sentimentos não muito distintos do que, hoje, em especial, os profissionais de saúde vivem em função da pandemia. Com isso, buscar intervenções que possam construir, junto das equipes, a resiliência que os próprios pais necessitam desenvolver durante a internação de seus bebês. Como Janvier et al. (2016) confirmam, através de suas próprias experiências como profissionais em unidades de neonatologia e pais de crianças que já estiveram internados em UTIN's, muitos aprendizados obtiveram desta experiência, se reinventando para serem pais dos bebês que de fato tiveram, muitas vezes distantes dos bebês ideais, e que transformações obtiveram para sua vida após a internação, resignificando eventos posteriores de maior estresse e conflitos. Puderam, a partir disso, reconstruir sua história. Tal como nós todos teremos que reconstruir a nossa junto de uma pandemia tão impactante como a do Covid-19.

## Considerações finais

Momentos de pandemia como o atual exigem de toda a população, independente do nível de contato com a doença, mudanças bruscas e a convivência com o medo, com incertezas e restrições. Estratégias de enfrentamento se fazem necessárias, apesar de não se ter ainda claro quais são as mais apropriadas e efetivas para lidar com tantos conflitos emocionais e sentimentos diversos e particulares de cada um diante dessa crise.

Os profissionais de saúde não escapam desses desafios, independente da formação, do tempo de experiência e do preparo para lidar com situações como esta. É um novo tipo de adoecimento, uma nova forma de contaminação, que muito ainda é desconhecido, e o não saber intensifica qualquer angústia, ainda mais para quem está na iminência de atuar diretamente com esta doença. É um processo de se descobrir e aprender a cada dia, a cada informação nova, dentro de um tempo que não se tem definido. Talvez se faça importante ser um pouco "pais" de bebês prematuros, que vivem algo semelhante ao que todos estão vivendo a partir chegada de seu filho antes do tempo.

Tais questões não anulam a importância de um suporte psicossocial, especialmente neste momento de pandemia. A saúde física e mental dos

profissionais de saúde é de fundamental atenção, especialmente em um contexto de pandemia, e para tanto, o apoio psicológico e social neste momento se faz muito necessário (Wang, Qi, Bao, Li, & Shi, 2020). Tal como em diversas unidades de neonatologia o psicólogo tem importante atuação junto aos pais e seus bebês, os profissionais de saúde necessitam de foco na atenção psicossocial, uma vez que o desafio emocional desta pandemia é grande (Morsh et al., 2020) e pode exceder, muitas vezes, a capacidade estrutural da equipe de se adaptar de forma independente, sem suporte.

É importante frisar que este trabalho é um relato de experiência, e que não é passível de generalizações. As observações realizadas não garantem uma certeza sobre a unanimidade dos pais quanto às suas resiliências e estratégias de enfrentamento. Como Carvalho e Pereira (2017) abordam em seu estudo, a forma como os pais utilizam de estratégias de enfrentamento varia conforme os aspectos psicodinâmicos de cada um, o que envolve a história de vida individual, a rede de apoio, entre outros.

Buscamos, aqui, instigar reflexões, aguçar a atenção a determinadas situações que possam ter algo a contribuir com as intervenções de saúde mental neste momento, a fim de torná-las mais assertivas e efetivas. Esperamos que novas pesquisas possam surgir dessas reflexões. Assim, pensando que os bebês prematuros já vivem o distanciamento social, fica ainda o questionamento: o que eles têm a nos ensinar neste momento?

## Referências

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review 9/2020 of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 14-20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Carvalho, L. D. S., & Pereira, C. D. M. C. (2017). As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. *Revista da SBPH*, *20*(2), 101-122. Recuperado em 03 de maio, 2020, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582017000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200007)
- Fan, J., Zhou, M., Wei, L., Fu, L., Zhang, X., & Shi, Y. A Qualitative Study on the Psychological Needs of Hospitalized Newborns' Parents During COVID-19 Outbreak in China. *Iranian Journal of Pediatrics*, *30*(2). doi: 10.5812/ijp.102748.
- Flores, I. C., & Trapero, M. V. (2017). Programa de Atención Psicológica en Neonatología: Experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid Psychological Care Program in Neonatology: The Hospital Clínico San Carlos's experience. *Revista Clínica Contemporánea*, *8*(28), 1-12. doi: 10.5093/cc2017a18
- Gil, A.C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas.
- Janvier, A., Lantos, J., Aschner, J., Barrington, K., Batton, B., Batton, D., ... & Lyerly, A. D. (2016). Stronger and more vulnerable: a balanced view of the impacts of the NICU experience on parents. *Pediatrics*, *138*(3). doi: 10.1542/peds.2016-0655
- John Hopkins University and Medicine (2020, julho 09). *COVID-19 Dashboard*. Baltimore: John Hopkins University and Medicine. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Junqueira, F. (2020, abril 23). Encontro COVID-19: Orientações para maternidades e unidades neonatais. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz. Recuperado de <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/especialista/COVID-19-orientacoes-para-maternidades-e-unidades-neonatais/>.
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, *16*(10), 1732. doi: 10.7150/ijbs.45120.
- Loss, A. B. M., Caprini, F. R., Rigoni, P. V. M. D. S., & Andrade, B. L. S. D. (2015). Estados emocionais e estratégias de enfrentamento de mães de recém-nascidos de risco. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, *8*(1), 03-18. Recuperado em 01 de maio, 2020, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202015000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000100002).
- Ministério da Saúde (2020, jul 09). *Painel Coronavírus*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <https://covid.saude.gov.br/>
- Molina, R. C. M., Fonseca, E. L., Waidman, M. A. P., & Marcon, S. S. (2009). A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *43*(3), 630-638. doi: 10.1590/S0080-62342009000300019.
- Morsch, D. S., Custódio, Z. A. D. O., & Lamy, Z. C. (2020). Cuidados psicoafetivos em unidade neonatal diante da pandemia de COVID-19. *Revista Paulista de Pediatria*, *38*. Recuperado de [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822020000100102&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822020000100102&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Organização Pan-Americana de Saúde, & Organização Mundial da Saúde (2020). *Folha Informativa – COVID-19 (Doença Causada Pelo Novo Coronavírus)*. Recuperado de [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875)
- Rosa, R. R., & Gil, M. E. (2017). Suporte psicológico aos pais na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: encontros possíveis e necessários. *Revista da SBPH*, *20*(2), 123-135. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582017000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200008)
- Rossmann, B., Greene, M. M., Kratovil, A. L., & Meier, P. P. (2017). Resilience in mothers of very-low-birth-weight infants hospitalized in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *46*(3), 434-445. doi: 10.1016/j.jogn.2016.11.016
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). *SciELO Preprints*, 2020. doi: 10.1590/SciELOPreprints.58.
- Silva, R. M. M., da Silva Menezes, C. C., Cardoso, L. L., & França, A. F. O. (2016). Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, *6*(2), 2258-2270. doi: 10.19175/recom.v6i2.940.
- Wang, J., Qi, H., Bao, L., Li, F., & Shi, Y. (2020). A contingency plan for the management of the 2019 novel coronavirus outbreak in neonatal intensive care units. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *4*(4), 258-259. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30040-7

## Sobre o método psicanalítico em tempos de COVID-19 e atendimentos remotos

*Regarding the psychoanalytical method in COVID-19  
times and remote assessment*

**Ísis Gonzalez Fossati<sup>1</sup>**

**Resumo:** Em março de 2020, o vírus da COVID-19 chegou ao país e, junto dele, a necessidade de repensarmos as formas de se manter em contato com o outro, inclusive, em processos de tratamento analítico. Desde a sua chegada, o vírus impôs inúmeras alterações na rotina das pessoas, e, a isso não se escapa o momento reservado aos atendimentos clínicos, que, na impossibilidade de se manterem presenciais, precisaram migrar para meios outros que pudessem, de alguma forma, sustentar o vínculo e a relação existente até então. Entendendo que em momentos de excesso e, principalmente, de muitas dúvidas, precisamos recorrer a bases que sejam sólidas, para que, enquanto analistas, possamos nos manter continentais, o presente escrito propõe uma revisão narrativa da literatura que objetiva visitar as origens e os fundamentos que norteiam o método psicanalítico, visto que tais preceitos são alicerces constitutivos para o ofício da psicanálise. Ainda, o presente trabalho abordará possíveis dificuldades enfrentadas quanto a aplicabilidade do método, nesse período de grandes incertezas.

Palavras-chave: Psicanálise; Método; Atendimento Remoto.

**Abstract:** In March 2020, the COVID-19 virus reached the country and, with it, the necessity of reassessing the ways to maintain contact with others, including, in the process of analytical treatment. Since its arrival, the virus has imposed innumerable adjustments in people's routines, and, from this it is not exempt the moment reserved for clinical care, that, with the impossibility of remaining presential, required to migrate to other means that could, somehow, sustain the bond and relation existing until then. Understanding that in moments of excess, and mainly, of many doubts, we need to resort to foundations that are solid, with which, as analysts, we can remain conscientious, this document proposes a narrative review of the literature that aims to revisit the origins and the fundamentals that guide the psychoanalytical method, since such precepts are the constitutive cornerstones for the craft of psychoanalysis. Nevertheless, this work will address possible difficulties encountered concerning the applicability of the method, in this time of great uncertainties.

Keywords: Psychoanalysis; Method; Remote Assessment.

<sup>1</sup> Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, psicanalista em formação e membro associado da Sigmund Freud Associação Psicanalítica. E-mail: isis.fossati@gmail.com

---

## Introdução

Sigmund Freud em um de seus textos mais belos, “A transitoriedade” (1916/2010), ao discorrer sobre o período de guerra, aponta: “(...) despojou-nos de muitas coisas que amávamos, e revelou a fragilidade de tantas outras que acreditávamos sólidas” (p.251). Salvo as devidas comparações entre o momento histórico de guerra e o panorama atual, de pandemia mundial, muitos têm considerado o vigente período como igualmente traumático. Desde a chegada do vírus da COVID-19 ao Brasil, todas as esferas da sociedade precisaram repensar e, criativamente, encontrar formas para que as relações não se perdessem, e, dessa forma, fez-se necessário repensar as formas de se manter em contato com o outro. Ante a tal dificuldade e, para muitos, a impossibilidade, inclusive os processos de tratamento analítico precisaram ser repensados e reinventados, migrando para meios que pudessem, de alguma forma, sustentar o vínculo e a relação existente até o momento. Considerando que os fundamentos que alicerçam o ofício psicanalítico não se apresentam como frágeis e que podemos recorrer a eles, principalmente, em momentos como o atual, de grandes incertezas e excessos, o presente artigo propõe revisitar as origens e os fundamentos que norteiam o método psicanalítico, para, por fim, abordar possíveis dificuldades enfrentadas quanto a aplicabilidade do método.

## Método

O presente artigo trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a temática do método psicanalítico frente às possibilidades de atendimentos remotos, de acordo com Gil (2008), trata-se de uma pesquisa “desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos” (p. 50). Para a escrita deste trabalho, foram utilizados textos clássicos da obra freudiana, além de livros que abordassem a temática proposta, em língua portuguesa. Além disso, foram consultados artigos científicos, publicados em periódicos indexados nas bases de dados Scielo, Lilacs e Pepsic, com as palavras chave: “método psicanalítico”, “atendimento remoto” e “atendimento psicanalítico *on-line*”. Também foram consultados sites de revistas psicanalíticas, em língua espanhola, e blogs de psicanalistas que contribuíssem para fundamentar e desenvolver a escrita sobre o tema.

## Arqueologia do método

É fundamental lançar luz e retomar a definição de psicanálise feita por Freud, em 1922, de acordo com Hornstein (1989):

1. um procedimento que serve para investigar processos anímicos dificilmente acessíveis por outras vias; 2. um método de tratamento das perturbações neuróticas, fundado nessa investigação; 3. uma série de concepções psicológicas, obtidas por esse caminho, que pouco a pouco foram se constituindo em uma nova disciplina científica (p. 19).

Dito isso, o presente escrito irá discorrer sobre o segundo ponto, o método psicanalítico, e, para tanto, será feita uma retomada a alguns textos anteriores

a postulação de 1922, e que são considerados seminais, como, por exemplo “A psicoterapia da histeria” (1895/2016), onde Freud (2016) ainda se utilizava do método catártico, que consistia em buscar obter a cura através da “liberação do afeto desviado, e a sua descarga por vias normais (ab-reação)” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 61).

Logo no início texto, “A psicoterapia da histeria” (1895/2016), Freud (2016) pondera sobre dois dos motivos que teriam lhe afastado do método breueriano, “da cura de sintomas histéricos por investigação e ab-reação na hipnose” (p. 360), dentre esses motivos há um, em especial, que nos interessa e pode ser considerado um passo importante para a origem do método psicanalítico, diz o autor: “nem todas as pessoas que mostravam sintomas histéricos indiscutíveis e nas quais, muito provavelmente, prevalecia o mesmo mecanismo psíquico, eram hipnotizáveis” (p.360). Além disso, de acordo com o autor, em muitas ocasiões, quando se propunha a trabalhar com o método catártico em casos em que, aparentemente, se confirmava o diagnóstico de histeria, defrontava-se com “resultados terapêuticos muito pobres, [em que] mesmo a análise não trazia à luz nada de significativo” (p. 361), mais adiante, no texto anteriormente referido, Freud (2016) ainda aponta, como obstáculos ao método catártico, a ineficácia frente a casos de neurastenia, e, em grande parte das neuroses de angústia, além de observar que o método: “não pode impedir que novos sintomas surjam no lugar dos eliminados” (p. 368).

Ainda assim, antes de, efetivamente, abandonar o método catártico, o autor já demonstrara indícios de que, ainda que de forma bastante incipiente, o pensamento psicanalítico já estava começando a rondá-lo, ganhando espaço e chamando a sua atenção, em sua prática:

(...) ordenava aos doentes que se deitassem e fechassem deliberadamente os olhos para se ‘concentrar’, o que ao menos resultava em certa semelhança com a hipnose. Tive assim a experiência de que *sem qualquer hipnose emergiam novas e mais recuadas lembranças* [grifo nosso], que provavelmente diziam respeito a nosso tema. Tais experiências deram-me a impressão de que *seria de fato possível trazer à luz*, por mera insistência, *as séries de ideias patogênicas que sem dúvida havia* [grifo nosso] (p. 377).

A “insistência” relatada por Freud (2016), contribuiu para que o autor percebesse que, através dessa possibilidade de prática, a ele seria necessário “vencer uma força psíquica que se opunha, no paciente, a que as ideias patogênicas se tornassem conscientes (fossem lembradas)” (p. 377), e, nesse momento, Freud (2016) desenvolve o seu pensamento para a proposição de que, seria papel do terapeuta “vencer essa resistência à associação por meio de um trabalho psíquico” (p. 379). É importante salientar que, nesse momento da obra, o autor se deparou com as resistências encontradas em seus pacientes. No entanto, apesar de não ser escopo do presente trabalho, considero relevante citar a passagem como forma de chamar a atenção para, como já dito, uma perspectiva embrionária do que viria, também, a compor a psicanálise.

Data, ainda, de 1889, outro momento considerado chave para a história da psicanálise; ao dar início ao tratamento de Emmy Von N., senhora que, de acordo com Freud (1997), possuía “sintomas [que] me interessaram de tal forma que lhe dediquei grande parte de meu tempo e decidi fazer tudo o que estivesse ao meu alcance para recuperá-la” (p. 45) quando Freud é inter-

---

rompido, aos gritos repletos de angústia, da paciente: “Fique quieto! – Não diga nada! – Não me toque!” (p. 46) é, a partir desse momento, que o autor, ao atender as exigências de Emmy, passa a considerar a importância devida não apenas para a fala, como, também, da escuta.

Portanto, a partir da consideração dos obstáculos anteriormente citados e de seu interesse por entender os fenômenos que observava em sua clínica, Freud passa, então, a abandonar o método catártico, que, esteve – na maior parte do tempo – mais relacionado à prática hipnótica, e se debruça sobre um método que se alicerça na proposição de uma sugestão às pacientes, bem como, a um artifício técnico, como referem Laplanche e Pontalis (1992): “uma pressão com a mão na testa do paciente” (p. 61). Desse modo, Freud dá início a uma nova fase em seu pensamento e exercício clínico, em uma clara demonstração de constante reflexão e crítica que, sem dúvida, contribuíram para a formulação do método psicanalítico.

### Constitui-se o método

À época em que se lança a esta nova prática, deixando para trás o método catártico, Freud (2016) narrou como trabalhava e, o que nos é mais caro, a instrução que dava aos pacientes antes de pressionar as suas testas e, finalmente, perguntar-lhes o que haviam visualizado ou o que havia lhes ocorrido. O autor informava ao paciente que:

(...) no decorrer dessa pressão verá diante de si uma lembrança, como imagem, ou a terá em pensamentos, como ideia inesperada, e o obrigo a me comunicar essa imagem ou essa ideia, sejam quais forem. Não deve guardá-la para si por achar, talvez, que não seja a buscada, a certa, ou porque lhe seja desagradável demais expressá-lo. Não deve haver nenhuma crítica, nenhuma reserva, seja por afeto ou por menosprezo! Só assim podemos encontrar o que buscamos, assim o encontraremos infalivelmente (p. 380).

No entanto, apesar de reconhecer que, em muitos momentos, a pressão sobre a testa poderia ser amplamente substituída por qualquer outro estímulo físico, ou mesmo nenhum, Freud (2016) entendia que a pressão na testa, ou, em alguns casos, segurar a cabeça do paciente caracterizaria em algo “mais sugestivo, e cômodo que posso fazer para esse fim” (p. 380). É possível compreender a lógica por trás deste pensamento, visto que, ao deslocar a atenção do paciente para algo do ambiente externo, Freud (2016) contribuía, assim, para a dissociação da atenção “do doente de sua busca e reflexão conscientes, de tudo aquilo que, enfim, em que pode se manifestar sua vontade, de maneira semelhante ao que ocorre quando se olha fixamente para uma bola de cristal, etc.” (p. 380), ou seja, o próprio autor demonstrava perceber que, tal atitude, nada mais representava que um artifício que, sem dúvida, contribuía para uma espécie de reflexão imersiva por parte do paciente.

Esse momento histórico é, sem dúvida, de grande significado para a constituição da obra freudiana, pois, ao descrever tais achados, Freud (2016) percebe, também, que as ideias que, eventualmente, causavam algum tipo de mal estar ou incapacidade em seus pacientes, estariam sempre próximas de se tornarem acessíveis. No entanto, tais ideias não seriam as primeiras a

emergirem durante o processo terapêutico, sendo bastante comum que ideias relacionadas às ideias patogênicas dessem início a um encadeamento de ideias, constituindo “um ponto de partida de uma nova série de pensamentos e lembranças, ao final da qual se encontra a ideia patogênica” (p. 381). Freud (2016) percebeu, ainda, que, ao se aproximarem do caminho que levaria a tal ideia, no entanto, os pacientes tendiam a interromper seu fluxo de ideias, o que tornava necessária a repetição da instrução, bem como da pressão sobre suas testas, mas, de maneira geral, após algum tempo trabalhando dessa maneira, os pacientes apresentavam-lhe facetas mais colaborativas e “uma profusão de reminiscências lhe ocorre [ao paciente] então, sem que seja preciso apresentar-lhe perguntas e tarefas; (...) fazemos bem em deixá-lo reproduzir esse material, por algum tempo, livre de influências” (p. 410).

Propondo aos seus pacientes, que não deveriam guardar para si pensamentos ou ideias que parecessem desagradáveis ou sem sentido e que, ao fazê-lo, não precisariam ter vergonha ou receio, Freud, de forma – aparentemente – despreziosa, deu vida ao que hoje conhecemos como regra fundamental, que, conforme Laplanche e Pontalis (1992), “estabelece no princípio do tratamento psicanalítico o método das associações livres” (p. 438). A associação livre, portanto, já se mostrava, em alguma medida, presente no método aplicado por Freud, quando ele afirma que seus pacientes, através de suas falas, “fornecem material que, mais tarde, ao ser percebida uma conexão, é reavivado” (Freud, 2016, p. 410).

A associação livre só foi se instaurar, enquanto – efetivamente – uma regra fundamental, em textos posteriores aos revisitados no presente trabalho, no ano de 1909, mas, ainda assim, se manteve fiel ao que Freud propunha anos antes, o paciente deveria “dizer tudo, e apenas dizer; suas emoções, as suas impressões corporais, as suas ideias, as suas recordações” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 439). A noção de que a associação seja livre parte da conjectura que o analista, diante ao paciente, não deve lhe fornecer qualquer ponto de partida, por onde dar início ao seu discurso e, nesse sentido, torna-se impossível não lembrar a contribuição de Emmy Von N., que, antes mesmo que Freud já pudesse ter delineado com clareza o método psicanalítico, já se demonstrava apropriada do processo ao qual estava proposta a se submeter.

No texto, “O método psicanalítico freudiano” (1904/2019), Freud (2019a) aponta ao leitor que, ao dar passos em rumo a sua própria formulação técnica, teórica e metodológica, passara a realizar o atendimento de seus pacientes em uma conformidade que é conhecida até hoje: “que eles se posicionem confortavelmente em um divã, sem qualquer outro tipo de influenciamento (...) não exige que fechem os olhos e evita qualquer contato e todo procedimento que possa lembrar a hipnose” (p. 53). O autor segue o texto discorrendo sobre como a sessão, a partir dos pressupostos psicanalíticos, decorreria e traça paralelo com a ideia de que seria como uma conversa entre duas pessoas, sem que uma delas estivesse sob efeito de sugestão ou hipnose, mas, do contrário, tão desperta e atenta quanto a outra pessoa, no caso, o analista (p. 53).

Alonso (2011) descreve que, conforme Freud foi, não apenas, introduzindo a noção de inconsciente à sua obra como, também, abrindo caminho e desenvolvendo a sua escuta para “o sentido dos sonhos, a psicopatologia da vida cotidiana” (p. 108), foi possível que um fato novo se instaurasse e, com ele:

(...) a ampliação do campo do discurso como o caminho do analítico. A instauração da situação analítica, propondo a regra fundamental – a livre associação e o seu reverso, a atenção

---

flutuante —, produz um desfraldar da palavra. No seio da associação livre vai-se produzindo um descolamento da imagem, do fato como fixo (...) tudo isso vai dando tonalidades diferentes àquelas figuras que não passam despercebidas à escuta sutil da atenção flutuante (p. 108).

A associação-livre, por parte do paciente, encontra o seu correspondente, por parte do analista, na atenção flutuante, introduzida no texto “Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico” (1912/2019). Nesse texto, Freud (2019b) enuncia conselhos sobre como deveria se proceder o tratamento a partir de um pensamento psicanalítico, entre os quais, há alguns pontos que merecem especial atenção para o tema citado anteriormente, como, por exemplo, a indicação de que o médico (analista) não deve realizar anotações de quaisquer espécie no decorrer do atendimento, a não ser em situações que demandem a lembrança de datas ou achados muito específicos. Essa indicação aponta para a existência de uma escuta aguçada, que não recorre, necessária e exclusivamente, à memória, mas, também, ao que suscita maior atenção ao analista a quem se fala. Sobre essa escuta, sustenta como o analista deve proceder:

(...) não querer memorizar algo específico e dispensando a mesma ‘atenção equiflutuante’ ao que ouvimos (...) afirmamos a atenção intencionalmente até um determinado ponto, começamos a selecionar em meio ao material apresentado; fixamos um parte de maneira bastante acurada, eliminando outra em seu lugar e, nessa seleção, fiamos as nossas expectativas (p. 94).

Ao seguir em suas considerações, o autor indica de forma bastante objetiva e clara: “É fácil inferir em qual objetivo essas regras aqui apresentadas confluem. Elas todas querem criar no médico o contraponto da ‘regra psicanalítica fundamental’” (p. 98). Com isso, Freud (2019b) propunha, portanto, que tanto analista quanto paciente tivessem uma indicação, (da parte do analista, conhecida *a priori*, da parte do paciente, conhecida na relação estabelecida com o analista) de por onde o método psicanalítico poderia transitar.

## O método psicanalítico ante à COVID-19

Apresentado o caminho percorrido e a constituição do método psicanalítico, ingressamos em um aspecto que surge como ponto chave de discussão do presente trabalho: é possível manter o método psicanalítico nos atendimentos remotos que vem sendo realizados desde março de 2020, situados em um momento de inéditos (des)arranjos logísticos, profissionais e até mesmo psíquicos? É possível que nós, enquanto analistas, resistamos ao tentador convite de, em muitos momentos, retornarmos a um método sugestivo, ou mesmo, ao método catártico, como forma de escoar os excessos que podem ser vivenciados em tempos de maior isolamento físico? Mais do que respostas, proponho que possamos conhecer e nos apropriarmos do que foi escrito, até o momento, sobre as possibilidades e, eventuais dificuldades presentes em atendimentos remotos.

Em seu mais recente livro, Belo (2020) nos apresenta a proposição de

que a (auto)análise de Freud com seu amigo e confidente, Fliess, como assim é denominada e conhecida a troca de cartas ocorrida entre eles, chama a atenção para o fato de que: “boa parte dessa relação tenha se sustentado pela palavra desencarnada da carta. Nem voz, nem imagem: a palavra escrita como recurso de endereçamento do desejo de ser ouvido, compreendido, acolhido” (p. 17). Ou seja, essa era a possibilidade de troca, de acompanhamento remoto à época, muito diferente das que, hoje, podemos lançar mão, através de voz e, em alguns casos, imagem. E recorrendo ao que o autor pontua: “se o próprio nascimento da psicanálise se nutriu da virtualidade, é razoável que possamos abrir espaço para análises à distância” (Belo, 2020, p. 19).

Fink (2017) no texto “Análises por telefone, variações na situação psicanalítica”, se posiciona bastante favorável à possibilidade de que existam, sim, análises, por telefone, apesar de frisar que, em alguns casos, ou melhor dizendo, para alguns pacientes, a análise por telefone não seria indicada, o autor considera: “o que parece absolutamente essencial é a escuta: analista e paciente devem ser capazes de ouvir um ao outro. É o que a paciente diz, e como ela diz, que é de grande importância em análise” (p. 323). Considerando estritamente o fator escuta, por parte do analista, é impossível não retornarmos àquela que é a sua contrapartida, diante à associação livre: a atenção equiflutuante. Em relação a esse aspecto, considerando aqueles atendimentos que sejam realizados por chamada de vídeo, Nóbrega (2015), escreve: “o analista deverá se acostumar aos poucos a não ter contato visual com o cliente, para manter a atenção flutuante” (p. 146). A partir dessa aceção, poderíamos inferir, portanto, que o estímulo visual prejudicaria a escuta do analista, mas, nesse sentido, como se explicaríamos os atendimentos em que os pacientes se encontram sentados em poltronas?

Seguindo por este aspecto, Rivera (2020) escreveu, ainda no início da pandemia sobre como entendia a possibilidade de atenção equiflutuante na modalidade de atendimentos remotos:

(...) em vez de recortar trechos do campo visual em enquadramentos precisos (em imagens), como em uma tela, e agenciá-los narrativamente como se montasse um filme, a atenção flutuante implica, assim, a noção de espaço — o espaço aberto para o desfocado, para o impreciso, para os deslocamentos que impedem a nitidez. E é nesse espaço que podem então se ressaltar, em detrimento da imagem e das narrativas encobridoras, duas dimensões: o corpo e a voz (para. 4).

A partir de ambas as contribuições, é possível considerar que o contato visual com o paciente, em situações de vídeo chamada por *WhatsApp* e *Skype*, por exemplo, não chega a ser um aspecto dificultador para que a escuta se faça, mas que, em atendimentos onde o paciente se acomode em um local com mais estímulos visuais, como cores, quadros, livros, luzes e etc., sim, pode haver uma maior dificuldade em manter a atenção equiflutuante. É preciso ter em mente que, ao contrário do *setting* (físico) montado e organizado pelos analistas, em consultórios ou clínicas particulares, na modalidade remota quem se ocupa de encontrar um ambiente que lhe seja agradável, sem perturbações e que mantenha a sua privacidade, é o paciente, e, a partir disso, muitas configurações podem aparecer, sem que seja possível ter qualquer controle sobre isso.

---

Retornando ao, já citado, texto “Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico” (1912/2019), Freud (2019b) descreve que o analista deve:

(...) sintonizar-se com o analisando, assim como o receptor do telefone se sintoniza com o transmissor. Assim como o receptor transforma novamente em ondas sonoras as oscilações elétricas da linha, originadas por ondas sonoras, da mesma forma o inconsciente do médico é capaz de reconstituir, a partir das ramificações do inconsciente que lhe são informadas, esse inconsciente que determinou as ocorrências trazidas pelo paciente (p. 99).

Assim, é possível que o fato de estarem ambos (analista e paciente) vivendo, ao mesmo tempo, as mesmas contingências que a realidade externa impõe, como no caso de uma pandemia, tal situação pode se apresentar como um fator que contribua para uma escuta obstaculizada, ou, recorrendo às palavras do trecho supracitado: para que o analista não apresente as condições adequadas para o exercício de metabolização das “oscilações elétricas” vindas do paciente. Ao contrário, o analista pode apresentar tendência maior a escutar o paciente a partir da sua própria experiência, de suas próprias angústias e dificuldades momentâneas. É claro que tal dificuldade não se apresenta apenas em momentos assim, podendo ocorrer em análises presenciais, à qualquer momento, no entanto, diante a um momento de excesso, que incide sobre os sujeitos de forma, objetivamente, similar, o analista pode ter uma maior dificuldade em diferenciar o que é seu e o que é do paciente, escutando, portanto, não de maneira equifluante, mas selecionando fatos que correspondam à sua própria experiência. Hornstein (1989) é pontual ao afirmar: “o específico da escuta analítica é poder interpretar um discurso para além do narcisismo do analista, discurso que sempre deve ser escutado em sua singularidade” (p. 21).

E, é a partir da possibilidade de existência desse dificultador, que Freud (2019b) recomenda, àqueles que, porventura decidam seguir o ofício da psicanálise, que considerem que as suas próprias subjetividades e resistências são elementos participantes no processo analítico dos pacientes em tratamento e busquem, portanto, realizar a análise pessoal.

Da parte do paciente, e sobre as condições possíveis para que ocorra, entre outros aspectos, a associação-livre, Scharff (citado por Nóbrega, 2015), aponta:

(...) o processo essencial de livre associação, a transferência, a compreensão sobre a maturação da pulsão, não precisam ficar comprometidos com o uso do telefone. A interpretação básica, o holding e a função de testemunha para o paciente podem ser sustentadas pelo analista, sem modificação (pp. 146-147).

Entende-se que a associação-livre não precisa, necessariamente, ter prejuízos em condições que sejam realizados através de atendimentos telefônicos, no entanto, ter garantido o espaço (físico) e a escuta, por parte do analista, não impedem que, alguns pacientes, acabem se valendo do “fator remoto” para que, como nos apresenta Fink (2017): “vejam a análise mais como um jeito conveniente para ‘desabafar’ do que como um lugar para fazer

um trabalho associativo difícil” (p. 328). O autor refere que alguns pacientes podem entender que o esforço feito para estarem presentes em uma sessão remota, é muito menor em relação àquele que demandaria deslocamento e uma série de outros investimentos, no caso de sessões presenciais. Assim, o investimento (psíquico) necessário para que haja a possibilidade de associação-livre se encontraria empobrecido, tornando o espaço analítico passível de se tornar um lugar meramente catártico. Naturalmente, não se trata de algo restrito ao atendimento remoto, como Fink (2017) nos alerta, “este é o mesmo tipo de problema que pode surgir na análise em que o paciente perde o seu tempo reclamando, falando de coisas do cotidiano, ou que ela nem saiba o que dizer” (p. 328), mas, em meio a um contexto de tamanho excesso, como o vivido diante a uma pandemia, essa possibilidade pode se fazer mais presente que o habitual.

O autor segue e apresenta uma série de dificuldades que podem contribuir para o rompimento de uma cadeia associativa por parte do paciente, como, por exemplo: “ligações telefônicas ocasionalmente ficam mudas sem qualquer aviso” (Fink, 2017, p. 330) ou conexões de internet que estejam, momentaneamente, com sinal fraco ou ausente. Somam-se a esses fatores, situações em que, por exemplo, o paciente não tenha desabilitado as notificações de seu *smartphone* e, ao receber mensagens, tem a sua atenção desviada para outro ponto, que não aquele ao qual estava conectado (ou conectando-se) intimamente. Há, ainda, a dificuldade que, em atendimentos por chamada de voz, pode surgir em reconhecer caso o paciente esteja chorando, sorrindo ou, enfim, expressando alguma emoção com auxílio de seu corpo. O analista, para Fink (2017), deve, portanto: “estar atento a tudo que seja acessível e não falhar em perguntar sobre coisas que pensa que ouviu, mas que pode ter sido, inicialmente, camuflado pela paciente” (p. 330).

É possível considerar que a ausência de contato visual em atendimentos realizados por chamada de voz, se apresente como uma dificuldade, dentre outras possíveis, para alguns pacientes que sentem a falta do “olho no olho”, pois, ao contrário de atendimentos presenciais, onde o paciente ao nos fitar e, em contrapartida, ao sustentarmos esse olhar com o nosso, nos mostramos presentes e continentais, em atendimentos realizados por chamada de voz, esse aspecto desaparece, o que pode causar desconforto e até algum tipo de desorganização. Nesse sentido, a voz do analista não é suficiente para que haja a sustentação do paciente, falta-lhe o olhar e a presença concreta do analista, para que seja possível direcionar — a alguém — aquilo de que se fala.

Entretanto, há — também — aqueles pacientes que não apenas mantêm as condições associativas analíticas, como, também podem alargá-la diante ao cenário de atendimentos remotos:

(...) certos pacientes me contaram que eles sentem que as sessões por telefone são mais íntimas do que sessões presenciais, porque eles me ouvem falando diretamente em seus ouvidos e sentem que estou mais perto pelo telefone do que quando estão deitados no divã (Fink, 2017, p. 324).

Corroborando com essa perspectiva, Aryan et al. (2015), assinalam:

(...) para alguns pacientes com dificuldade de contato, somente à distância pode-se começar um tratamento, e, conforme

---

o processo avança, progressivamente conseguem tolerar mais a proximidade. Aparentemente, esse modo permite uma maior permeabilidade das intervenções do analista, já que o paciente em sua fantasia acredita que há menos risco e que pode regular a proximidade-intimidade (p. 73).

Ou seja, não existe uma fórmula que explique, ou mesmo, se aplique, a como todos os pacientes que, eventualmente, precisem recorrer a atendimentos remotos, irão sentir-se e quais serão as implicações da modalidade não-presencial nos processos psíquicos de cada um, tal proposição seria ir na contramão do olhar singular e subjetivo que a psicanálise se propõe a lançar sobre os sujeitos. O que se sabe é que, como dito anteriormente, alguns pacientes não têm a indicação de atendimentos que não sejam presenciais ou, não se sentem à vontade e/ou com a mesma disposição e ligação ante ao processo e ao analista.

### Considerações (temporárias)

À essa altura, soa improvável determinar considerações finais, hermeticamente fechadas, em um assunto que se encontra em constante transformação e desenvolvimento. Freud nos mostra que, o método psicanalítico, desde momentos anteriores à sua concepção, esteve permeado por um intenso processo de pensar e questionar-se, e que, em alguns momentos, erros foram cometidos, assim como acertos, mas que ambos puderam ser assimilados, aprimorados, desenvolvidos, e hoje contribuem para constituir o método que conhecemos.

É possível afirmar que, sim, o método psicanalítico pode se manter ante dificuldades extremas, como a que estamos vivenciando com o COVID-19, e que, para isso, precisa de um esforço, um incremento de libido, daqueles que se propõe a escutar e a serem escutados de forma remota. Ainda, torna-se fundamental refletir sobre as possibilidades que permeiam o atendimento remoto, ou seja, a sua existência, seja por meio de cartas, chamadas de voz ou de vídeo, não garante que todos, sejam analistas ou pacientes, devam sentir-se à vontade, com recursos psíquicos e/ou desejosos de sustentar uma relação nesses moldes. Dessa forma, diante a constatação de que o método psicanalítico tem condições de se manter sob a forma remota, ainda que possa enfrentar dificuldades e resistências que, talvez, em alguma outra roupagem, também apareceriam presencialmente, é importante não perder de vista as particularidades de cada situação, paciente e analista.

Diante ao inimaginável, e do que, muitas vezes, soa como catastrófico, talvez seja papel ético de um analista poder proporcionar um espaço em que possa se unir aos pacientes para, juntos, terem condições de construir a possibilidade de sobrevivência psíquica, sendo possível manter-se sonhando e imaginando, considerando estas como melhores alternativas ante às vozes exaltadas e à profusão de palavras que podem ser tanto externas quanto internas. Considerando tamanhas incertezas e a própria imprevisibilidade da situação em que vivemos, resta o não-saber, então que, humildemente, seja possível ao analista retomar, revisitar conceitos que amparem e forneçam subsídio necessário suas caminhadas. Nesse sentido, Rea (2019) é pontual ao afirmar:

(...) las herramientas tecnológicas son un hecho y pueden estar también al servicio del psicoanálisis. Nos corresponde a nosotros, los psicoanalistas, el asumir la tarea creativa de transformar el espacio virtual en campo transferencial, en potencial de ligazón, en locus de construcción simbólica, de producción de pensamiento clínico. Para ello es fundamental que el sentido del psicoanálisis esté encarnado en nosotros; de ese modo podremos dar apertura a la alteridad para ser interrogados por ella, sea la del paciente o la de la propia tecnología. El compromiso es más costoso en los encuentros no presenciales, pero, aun así, la tarea es nuestra (para. 21).

Por fim, apesar de a atual situação, em muitos momentos, parecer (e ser) assustadora e repleta de incerteza, é preciso poder enxergar e valorizar aspectos que contribuem para que sejam mantidos o movimento e os laços que colaboram para um profícuo pensar psicanalítico, e, nesse sentido, fornecem amparo para que sigam-se ofertando espaços (ainda que remotos) para que os pacientes possam seguir transformando-se.

### Referências

- Alonso, S. L. (2011). A escuta psicanalítica. In S. L. Alonso (Org.), *O tempo, a escuta, o feminino* (pp. 105-114). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aryan, A., Briseño, A., Carlino, R., Estrada T., Gaitán, A., & Manguel, L. (2015). Psicanálise à distância: Um encontro além do espaço e do tempo. *Calibán: Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 13(2), 60-75. Recuperado de [http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/Caliban\\_Vol13\\_No2\\_2015\\_port\\_p60-75.pdf](http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/Caliban_Vol13_No2_2015_port_p60-75.pdf)
- Belo, F. (2020). *Clínica psicanalítica on-line: Breves apontamentos sobre o atendimento virtual*. São Paulo: Zagodoni.
- Fink, B. (2017). Análise por telefone, variações na situação psicanalítica. In B. Fink (Org.), *Fundamentos da técnica psicanalítica: Uma abordagem lacaniana para praticantes* (pp. 317-345). São Paulo: Blucher.
- Freud, S. (1997). Caso 2, Sra. Emmy Von N., idade 40 anos da Livônia. In S. Freud (Org.), *Casos Clínicos I* (pp. 43-115). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2010). A transitoriedade. In S. Freud (Org.), *Introdução ao narcisismo: Ensaio de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (pp. 247-252). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1916).
- Freud, S. (2016). A psicoterapia da histeria. In S. Freud (Org.), *Estudos sobre a histeria (1893-1895)* (pp. 358-427). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1895).
- Freud, S. (2019a). O método psicanalítico freudiano. In S. Freud (Org.), *Fundamentos da clínica psicanalítica (Obras Incompletas de Sigmund Freud)* (pp. 51-61). Belo Horizonte: Autêntica Editora. (Obra original publicada em 1904).
- Freud, S. (2019b). Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico. In S. Freud (Org.), *Fundamentos da clínica psicanalítica (Obras Incompletas de Sigmund Freud)* (pp. 93-106). Belo Horizonte: Autêntica Editora. (Obra original publicada em 1912).
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.
- Hornstein, L. (1989). 1ª aula. In L. Hornstein (Org.), *Introdução à psicanálise* (pp. 19-30). São Paulo: Editora Escuta.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1992). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

- 
- Nóbrega, S. B. (2015). Psicanálise on-line: finalmente saindo do armário?. *Estudos de Psicanálise*, (44), 145-150. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372015000200016&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372015000200016&lng=pt&nrm=iso)
- Rea, S. (2019). El analista, Skype y lo que sucede entre ellos. *Calibán: Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 17(1). Recuperado de <https://calibanrlp.com/el-analista-skype-y-lo-que-sucedee-entre-ellos/>
- Rivera, T. (2020, 28 de março). A tela e a outra cena ou como piscar nas sessões virtuais de análise [Blog]. Recuperado de [http://psicanalisedemocracia.com.br/2020/03/a-tela-e-a-outra-cena-ou-como-piscar-nas-sessoes-virtuais-de-analise-tania-rivera/?fbclid=IwAR0Wkx5A7ujQy9u5\\_YD9JPFqk1asQAEQvBhIL2TyrZEIR5tQ4Kk5M-LIbnY](http://psicanalisedemocracia.com.br/2020/03/a-tela-e-a-outra-cena-ou-como-piscar-nas-sessoes-virtuais-de-analise-tania-rivera/?fbclid=IwAR0Wkx5A7ujQy9u5_YD9JPFqk1asQAEQvBhIL2TyrZEIR5tQ4Kk5M-LIbnY)

## Neurose narcísica em tempos de isolamento

### *Narcissistic neurosis in times of isolation*

**Elisangela Muria<sup>1</sup>, Vitoria Justin dos Santos<sup>2</sup>, Henrique Borba Bittencourt<sup>3</sup>,  
Gabriel Licoski dos Santos<sup>4</sup> e Kamilly Ramos Moro<sup>5</sup>**

**Resumo:** Dentre as principais estruturas psíquicas da psicanálise, a estrutura neurótica se constitui com complexidade e se difere a partir dos diferentes destinos dado a experiência traumática vivida pelo indivíduo, bem como os diferentes níveis de cada neurose. Pensando as características da estrutura neurótica, surgiu a necessidade de repensar a neurose narcísica de forma mais minuciosa, especialmente pelo fato desta ter sido pautada sobre a realidade vivida no contexto global atual. Contexto este que ilustra um momento de pandemia, no qual cada sujeito vive a experiência de estar frente à possibilidade de contágio e às consequências sofridas por ele a partir deste ambiente. Esta realidade conduziu a interrogativa, como podemos, na atualidade, pensar a estrutura neurótica, como uma estrutura hermética, especialmente se este olhar estiver voltado a neurose narcísica meio a um contexto imerso em restrições, isolamento e morte? Para dar conta destas indagações, o presente trabalho pretende mediante revisão bibliográfica, retomar o conceito de trauma, bem como as suas manifestações e suas implicações junto às questões do narcisismo, sobretudo durante esse período pandêmico. Os sujeitos foram convocados a enfrentar o medo, a angústia, bem como invocar seus fantasmas e reviver complexos infantis, com seus desdobramentos e suas neuroses.

Palavras-chave: Neurose; Trauma; Pandemia.

**Abstract:** Among the main psychic structures of psychoanalysis, the neurotic structure is constituted with complexity and differs from different destinations given the traumatic experience lived by the individual, as well as the different levels of each neurosis. Thinking about the characteristics of the neurotic structure, the need arose to re-think narcissistic neurosis in a more detailed way, especially because it was based on the reality experienced in the current global context. This context illustrates a pandemic moment, in which each subject lives the experience of being facing the possibility of contagion and the consequences suffered by him from this environment. This reality has led to the questioning, how can we, today, think of the neurotic structure as a hermetic structure, especially if this look is turned to narcissistic neurosis amid a context immersed in restrictions, isolation and death? In order to deal with these questions, the present work intends, by means of bibliographic review, to resume the concept of trauma, as well as its manifestations and its issues with narcissism, especially during this pandemic period. The subjects were called upon to face fear, anguish, as well as invoke their ghosts and relive children, with their unfolding and neuroses.

Keywords: Neurosis; Trauma; Pandemic.

<sup>1</sup> Especialista em Avaliação Psicológica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Psicóloga. E-mail: elismuria@gmail.com

<sup>2</sup> Pós Graduada em Psicanálise pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Psicóloga. E-mail: vitoria.justin@hotmail.com

<sup>3</sup> Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC). E-mail: iqueb2@gmail.com

<sup>4</sup> Estudante de Psicologia no Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC). E-mail: bielllicoski@gmail.com

<sup>5</sup> Psicóloga Clínica. Assessoria de Psicologia Escolar em Escola de Educação Infantil. E-mail: kamilymoro@hotmail.com

---

## Introdução

Dentre as principais estruturas psíquicas da psicanálise, a estrutura neurótica se constitui com complexidade e se difere a partir dos diferentes destinos dados a experiência traumática vivida pelo indivíduo, bem como os diferentes níveis de cada neurose. Pensando nas características da estrutura neurótica, surgiu a necessidade de repensar a neurose narcísica, especialmente pelo fato desta ter sido pautada sobre a realidade vivida pela humanidade no contexto global atual. Contexto este que ilustra um momento de pandemia, no qual cada sujeito vive a experiência de estar frente à possibilidade de contágio e às consequências sofridas por ele a partir deste ambiente. Se faz preciso, na atualidade, pensar a estrutura neurótica, como uma estrutura complexa e passível a sofrimentos e angústias, especialmente se este olhar estiver voltado a neurose narcísica meio a um contexto social imerso em restrições, isolamento e morte.

Posto isto, o presente trabalho pretende, através de revisão bibliográfica, abrandar a estas inquietações iniciais que permeiam a todos, tal como trazer a discussão aquilo que é da ordem do psíquico. Neste sentido, percorrer o trajeto pulsional para melhor compreender a origem das neuroses será, como referido anteriormente, o ponto de partida, e posteriormente avançar por seus conceitos e especificidades. Perpassar, a partir desta trajetória, pelo conceito de trauma e narcisismo, culminando assim na relação do sujeito neurótico, mais especificamente na estrutura narcísica, sob a ótica de um sujeito que na atualidade está submetido a lidar com os atravessamentos e cerceamentos a ele impostos, e inevitavelmente, de seus efeitos.

É imperativo ainda citar, o fato de que, possivelmente nosso objeto de reflexão acerca do tema proposto, esteja visível apenas em sua superfície, já que ele transcorre no momento presente, está em alto nível global. E que, seus desdobramentos e efeitos serão alvo de estudos por um tempo ainda indefinido, e quem sabe, sua indefinição deixe de ser quando o estado pandêmico vier a se tornar uma página a mais na história da humanidade.

## Método

A elaboração deste artigo se deu por meio de uma pesquisa de cunho qualitativo, realizando sua construção com base nas leituras realizadas pelo comitê de estudos em psicanálise do núcleo litoral Norte da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, foram selecionados para ser utilizados nesse artigos livros, artigos e uma dissertação. Textos os quais davam foco ao objetivo central deste artigo que era o de realizar uma releitura da teoria freudiana sobre as neuroses em contraste com os possíveis efeitos que permeiam o cenário contemporâneo no qual se experiencia a pandemia de COVID-19.

Com base nisso foram utilizadas obras clássicas de Sigmund Freud como por exemplo *Conferências introdutórias à psicanálise* (1916[1917]-2014) e *Neurose, psicose e perversão* (1856[1939]-2019), bem como o *Vocabulário de psicanálise* (1970-2001) de Jean Laplanche e Jean Pontalis, para além de autores contemporâneos como Christian Dunker com sua obra *A arte da quarentena para principiantes* (2020) e dentre outros textos, como o artigo: *Saúde mental nos tempos de pandemia: uma releitura dos afetos e da pulsão de morte em Freud* (2020) escrito pela psicanalista e mestre em psicologia Luzia de Oliveira.

Fundamentados neste material literário para além das obras não supracitadas mas presentes no corpo deste artigo, se deu então uma revisão

da literatura do tipo narrativa, a qual segundo Rother(2007): “os artigos de revisão narrativa são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o estado da arte de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual”. Apesar de tradicionalmente tal metodologia apresentar um nível de evidência relativamente baixa, consideramos que tais revisões podem contribuir para fomentar o debate de determinadas temáticas em um curto espaço de tempo permitindo assim atualizações constantes justificando assim a sua escolha para esta pesquisa.

## A(s) neurose(s) e seu(s) destino(s)

Se pode dizer que, o interesse de Freud pelo entendimento das neuroses, se deu a partir da observação de pacientes histéricas ainda no século XIX, e que seu artigo *A hereditariedade e a etiologia das neuroses* de 1896, sustentou os inícios da construção da psicanálise. Para Freud (1925[1923]-2011, p. 177), a neurose seria o resultado de um conflito entre o eu e o isso, no qual o papel do eu se configura no gerenciamento entre o mundo exterior e o isso, e na satisfação de ambas instâncias psíquicas. No início deste conflito, o eu em relação às demandas vindas da realidade, se nega a ceder às exigências pulsionais do isso de forma motora, ou de se impor a elas. Nessa relação, segundo Freud, há uma inclinação normal à defesa, ou seja, há uma propensão contrária sob a energia psíquica a fim de que se produza desprazer. Em sua defesa, o eu se utiliza do mecanismo da repressão, no qual o desejo reprimido se serve de um substituto que o represente, assim constituindo uma formação de compromisso, ou melhor, o sintoma, que por sua vez, se impõe ao eu. A formação do sintoma se dá através do retorno de um conteúdo outrora recalçado, no qual o recalque falha e a energia excedente gerada pela representação original escapa, dando nova composição a representação primeva com a finalidade de satisfazer tal pulsão e a ambas instâncias psíquicas. Se faz imprescindível citar a afirmação de Freud, ainda no texto sobre a *etiologia das neuroses*, que cada uma delas, tem como causa imediata, uma perturbação específica da economia psíquica e que têm como fonte comum a vida sexual do sujeito, sejam perturbações do momento de vida atual ou de fatos importantes de sua vida passada.

Dessa forma, podemos afirmar que os diferentes tipos de neurose surgem com um objetivo comum, o de substituir uma forma de satisfação perigosa e inaceitável por um sofrimento consciente a nível de um sintoma, mas inconsciente no que se refere a sua origem primeira; e que eles podem ser diferenciados de acordo com os mecanismos utilizados por estes na transformação do excesso advindo da experiência traumática original. Em outras palavras, estas são determinadas, “pelo modo como o indivíduo perfaz o desenvolvimento da função sexual, ou, como dizemos, pelas fixações que sua libido experimentou no curso de seu desenvolvimento” (Freud, 1917-2010, p. 181).

Como desfecho, se configuram as neuroses, resultado da fixação do sujeito a uma etapa específica do seu desenvolvimento libidinal. Laplanche e Pontalis (2001) apontam na mesma direção, e referem que a neurose pode ser definida como uma “afecção psicogênica em que os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico que tem raízes na história infantil do sujeito e constitui compromisso entre o desejo e defesa” (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 296).

Sobre as neuroses de defesa, Freud discorreu que há uma identidade entre elas, nas quais seus estados psíquicos afetivos provêm de um conflito, de diferentes e variadas naturezas, e que, estes por sua vez, não levam a

---

nenhuma resolução. Seu resultado é o adoecimento, após o retorno das representações recalçadas, que são distintas entre si pelo caráter e modo como o recalçamento foi consumado.

Dentre elas, a neurose obsessiva-compulsiva foi a que Freud examinou melhor. Ela refere-se ao sofrimento consciente no pensamento em que a satisfação se encontra deslocada, nela a carga afetiva é separada de sua ideia original e é religada a novas representações aceitáveis. No caso da neurose fóbica, por outro lado, o prazer intolerável é projetado para fora do sujeito sendo solidificado em algum elemento do ambiente externo o qual passa a ser visto como um objeto ameaçador. Atualmente, as neuroses obsessivas são classificadas nos manuais de psiquiatria e psicologia como Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), e/ou compõem o quadro dos Transtornos de Ansiedade. Assim como, as neuroses obsessivas, a agorafobia e fobia social entre outras, se encontram com diferentes nomes no meio psiquiátrico.

No que concerne, a neurose histérica, o excesso é convertido em um sofrimento corporal, chamando atenção o valor simbólico desta afecção. O conflito psíquico se simboliza em sintomas corporais diversos, sejam eles de maior intensidade ou mais duradouros, como crise emocional e teatralidade, bem como anestésias e paralisias histéricas. A neurose traumática, por sua vez, tem como causa atuante o trauma psíquico, que segundo Freud é: “qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos – tais como os de susto, angústia, vergonha ou dor física – pode atuar como um trauma dessa natureza; e o fato de isso acontecer de verdade depende, naturalmente, da suscetibilidade da pessoa afetada” (Freud, 1987[1893], p. 43).

Seus sintomas resultam de uma fixação no momento do acidente traumático, que por sua vez passará a ser reeditado, transportando repetidamente o sujeito à situação traumática, como se fosse impossível superá-la. Outra possível classificação trazida por Freud é a das neuroses atuais vistas como uma interferência química que leva aos impedimentos da satisfação sexual na vida atual do sujeito, tal termo foi cada vez menos utilizado pelo autor em sua obra. Estas eram inicialmente divididas em três subtipos: neurastenia, neuroses de angústia e hipocondria.

## Trauma e seus efeitos

Examinar o caminho das neuroses em Freud proporcionou adentrar as questões relacionadas ao trauma, e as examinar no cenário atual, este conturbado, propiciado pela pandemia de Covid-19, cheio de angústias e incertezas. Assim, torna-se necessário retomar a elaboração do conceito de trauma bem como as suas manifestações na atualidade, visando obter uma maior compreensão acerca da temática do traumático e suas implicações junto às questões do narcisismo sobretudo durante esse período pandêmico.

Para isso retomando os pensamentos de Freud (1917[1916]-2014) sobre essa questão, onde o autor traz por meio do texto *A fixação no trauma – O inconsciente* (Freud, 1917[1916]-2014, pp. 297-310) a ideia que de o “traumático” não tem outro significado senão o econômico, uma vez que afeta permanentemente o gerenciamento de energia disponível, de forma que se pode interpretar que a experiência traumática seria aquela que em um breve momento ou espaço de tempo, seria capaz de propiciar um enorme estímulo, a ponto que sua elaboração não poderia mais ser realizada pelos meios normais.

Segundo Laplanche e Pontalis (2001) é por meio da psicanálise contemporânea que se retoma esse termo transpondo-o por três significações

implicadas no psiquismo: um choque violento, uma ruptura e consequências sobre o conjunto organizacional. Acabando por considerar que a constituição do psiquismo visto por Freud (1917[1916] – 2014), seria oriundo desses resquícios energéticos do fluxo excedente de excitação, gerados por meio da proibição ou renúncia das satisfações pulsionais de forma que o pensamento e o plano psíquico nasceriam da impossibilidade de descarga das excitações, deslocadas então, para outros fins que não a satisfação do princípio do prazer.

De forma congruente aos autores supracitado, Marques (2006) aponta que a manifestação do traumático pode ser considerado como um sinal de urgência para que ocorra um remanejamento do narcisismo, visto que a forma que a perda objetal pode interferir num certo circuito estabelecido por investimentos pulsionais, lhe atribuindo um caráter por vezes melancólico a manifestação do trauma. Sendo então necessário uma resignificação desse deslocamento do investimento libidinal, mantido na virtualidade de preservação ideativa do objeto que o sujeito, visando redirecionar essa energia narcísica para o eu propriamente dito.

Alinhado a esse pensamento Mello (2020) por meio da entrevista *Luto na pandemia Covid-19* para a revista *PsicoFAE* aponta que os desdobramentos traumáticos vivenciados na atualidade podem ser vistos como um estado de luto. Uma vez que este momento de total incerteza sobre vida e morte, está permeado por tantas outras crises pessoais e coletivas, onde o sujeito se depara com a culpa presente na perda narcísica-objetal. Cabe diferenciar brevemente as características específicas do luto e da melancolia, pois ambos têm algo em comum, a perda de um objeto. Admitir essa perda fálca, acaba por ser a renúncia que os neuróticos passam a vida toda se negando a realizar (Mello, 2020).

Freud em *Luto e Melancolia* (1917 [1915] – 2010), diz que o trabalho de luto é um processo psíquico normal, e que mesmo que a perda do objeto amado seja motivo de dor e sofrimento, isto é algo esperado, e que, posteriormente e gradativamente irá ocorrer o abandono pelo enlutado, de seus desejos em relação ao morto, dando assim, lugar a realidade. No caso dos melancólicos, em contradição aos enlutados, há a impossibilidade de reconhecer tanto a natureza do objeto perdido quanto a origem da perda. E mesmo que saibam falar sobre quem perderam, não conseguem dizer o que foi perdido junto com o objeto.

## Neurose e narcisismo

Em *Introdução ao Narcisismo: ensaios sobre metapsicologia e outros textos* (1916 [1914] – 2010), Freud refere que observou na clínica com neuróticos muito das características narcísicas na condutas destes pacientes, e que, por sua vez, estas características poderiam se “apresentar de modo bem mais intenso e exigir um lugar no desenvolvimento sexual regular do ser humano”. Ele quis dizer que, esta porção narcísica serviria como “complemento libidinal do egoísmo de autopreservação”, e que estaria presente em cada indivíduo. É importante assinalar aqui, que neste texto, Freud traz à discussão a teoria da libido agora voltada para o eu, o que anteriormente estava focada na objetividade.

No entanto, foi somente em 1914 que ele atribui o narcisismo como premissa para a formação do eu, referindo que há um narcisismo primário e normal, alicerçado sobre a fase intermediária entre o autoerotismo e a escolha objetal, essencial a formação do eu. Há um investimento da libido, que inicialmente está sobre o eu e posteriormente será direcionada aos

---

objetos, no entanto, Freud afirma que, a libido permanece presente no eu, essencialmente no narcisismo secundário. A partir desta descoberta, ele assinala que um narcisismo primário pode interferir de forma dominante em um indivíduo, no que se refere às suas escolhas de objeto. Ainda no texto *Introdução ao Narcisismo*, é inserida a distinção entre pulsões sexuais e libido do eu, representando a dupla função do indivíduo, tal qual a confirmação de que o narcisismo é significativo em seu desenvolvimento normal.

Posteriormente, ao longo do desenvolvimento da teoria das neuroses narcísicas, a teoria freudiana busca elaborar um representante para a melancolia, neste sentido, com base em seus textos anteriores, Freud aponta à importância de duas instâncias psíquicas, a do supereu com a função da proibição e a consciência moral que, por meio do ideal de eu, avalia as pretensões do eu. Subsequentemente, Freud cita que a melancolia tem como procedência, uma perda objetual e uma identificação objetual narcísica, bem como autocrítica rígida, decorrentes da ambivalência em relação ao objeto, por sua vez perdido.

Na melancolia, o empobrecimento do investimento no objeto é mensurado a partir da extensão do investimento no eu, no mesmo sentido ele refere que a ambivalência em relação ao objeto, faz com que haja uma retração da libido dos objetos, voltando ao eu. Referimos a “melancolia” como meio de dissertar acerca da neurose narcísica. Vale assinalar ainda, no grupo das neuroses narcísicas, a paranoia com sua concepção voltada a regressão à uma escolha homossexual e narcisista de objeto, e a demência precoce com sua gênese voltada ao autoerotismo (Freud, 1916 [1914] - 2010).

Para a psicanálise, existem impedimentos importantes para a clínica com este tipo de paciente, pois existe uma linha tênue entre ele e o paciente com depressão, é necessário questionar o manejo da transferência com estes pacientes, e aprofundar meios de interpretação para os sintomas melancólicos; levando em conta a dificuldade de enlace na construção da neurose de transferência, na neurose narcísica. Na neurose narcísica, o que ficou evidente foi a ausência da inscrição da perda do objeto, que deveria ter sido constituída no narcisismo primário, houve uma falha nesta simbolização, o que demonstra que o objeto perdido sequer teve a oportunidade de ser inscrito pelo paciente. O que segundo Freud, está relacionado a imagem ideal de si no narcisismo primário, que conforme referido acima, fracassou.

Neste sentido, estas afecções denotam aos seus alçozes, uma barreira capaz de impedir o trabalho de luto, e o indivíduo por sua vez, falha na elaboração da perda, já que sua escolha inicial de objeto foi uma escolha narcísica, e neste contexto, quando há um investimento no objeto e este encontra uma objeção, retorna para o eu.

Podemos dizer que o eu encontra-se perdido, impossibilitado de transformação, sem recursos de investir nos objetos externos, condição que o mobiliza a pensar o lugar que a psicanálise pode prestar a este indivíduo que, por sua vez, se sente inundado e ameaçado pelo sentimento de vazio. Nesta posição, e com estas características, ele joga para si toda a repressão, em consequência de ter desistido de sua posição desejante.

Abarcando o pensamento psicanalítico acerca da etiologia e manejo das neuroses narcísicas, especificamente no contexto de pandemia atual, há uma validação à complexidade de pensar este indivíduo e esta relação, já que em sua essência a neurose narcísica é profunda. O contexto de morte evidenciado pela pandemia, joga por inteiro este indivíduo, no mais profundo vazio, desamparo e necessidade de amor, revelando que, seu investimento está voltado ao ideal de eu, como meio de gratificar, satisfazer o que adentra

em seu mundo interno através do mundo externo. Aqui emerge a imposição, na neurose narcísica, em manter a satisfação sentida no narcisismo primário, onde o eu era seu próprio ideal.

A pandemia, em sua imperiosa ordem e discurso de morte, apresenta à este indivíduo suas falhas, seus temores e imperfeições, algo que o fere profundamente, visto que na neurose narcísica, a desesperança revela o modo como este encara a vida, sem passado, presente ou futuro, estando imerso em perda e vazio. Realidade explícita pela pandemia, na qual o futuro, neste momento, está à mercê do desejo do tempo, tempo de espera, de angústia, incerteza e sofrimento, ambos conotados pela iminência da morte, que ocupa espaço no sujeito, em seu mundo externo e interno.

O que traz a reflexão, os efeitos desses traumas sobre os traumas já vivenciados, especialmente na neurose narcísica, sendo assim, como Freud mencionou, as neuroses aparecem misturadas, e cabe ao analista observar o fato de que, uma neurose atual pode estar inserida em uma psicose. Quer dizer que, uma neurose atual é como um grão de areia no centro da pérola, alusão usada por ele para exemplificar a ideia de que o núcleo do sintoma psiconeurótico é formado por um sintoma somático. O analista deve estar apto a tentar diferenciar a essência da neurose, se esta tem a ver com a história sexual infantil do paciente ou se está relacionada com uma afecção sexual atual do mesmo.

Se, o contexto atual de morte, como ponte ao traumático, invade e se declara como uma ameaça ao eu, não há outra alternativa no manejo, no que se refere às neuroses narcísicas, a não ser o de construir um campo transferencial/ contra transferencial continente, a fim de poder dar conta da força do pulsional, ainda que Freud tenha mencionado o quão impenetráveis podem vir a ser estes pacientes durante seu tratamento. No processo analítico, não somente em relação às neuroses mas, a toda e qualquer forma de sofrimento psíquico, é urgente trabalhar as implicações deste traumático inscrito pela pandemia, e se aplica à psicanálise tentar estar um passo frente, como exigência ao avanço, no que se refere a compreensão e aprofundamento no campo das vivências dos sujeitos, pelo viés do tempo lógico da inscrição dos possíveis traumas causado pela pandemia global.

### **Atravessamentos da pandemia na estrutura neurótica**

Vivemos o que Dunker (2020) chama de gramática da polarização. De um lado precisamos preservar a vida humana, sendo assim, nos foi imposto manter o isolamento social evitando o contato com nossos semelhantes, cumprindo regras e normas comuns a todos, preservando a vida e evitando a morte. Por outro lado, no entanto, precisamos manter a economia funcionando, resolução que abre espaço para uma discussão social importante, que irá acarretar, dentre um universo de perdas, prejuízos financeiros, psíquicos e a morte, pela via do corpo e ou pela via psíquica ou pulsional.

A pandemia do Novo Coronavírus é democrática, atinge a todos sem distinção, independente da raça, idade, credo, classe política ou social, ela é letal e ameaça a todos. É uma peste que não ataca apenas os corpos, mas identidades, sentimentos de pertença e de filiação a uma determinada ordem. Os sujeitos são convocados a enfrentar o medo e fazer frente a angústia, o problema começa quando o medo do que vem de fora se contamina com a angústia interna, “por isso, a doença é o pretexto ideal para ativar preconceitos, invocar fantasmas e revitalizar complexos infantis” (Dunker, 2020, p. 11).

---

Além do medo presente na vida das pessoas, a Covid-19 tem elevado o nível de insegurança em todos os aspectos da vida humana, seja na esfera individual ou coletiva, até o funcionamento da sociedade e das relações interpessoais (Faro et. al., 2020). O método mais efetivo de prevenção é o distanciamento social, medida que impacta significativamente a saúde mental da população podendo deixar sequelas importantes.

Embora os métodos adotados durante quarentena sejam os meios mais eficazes para conter a disseminação do novo Coronavírus, eles podem acarretar alguns estressores causados por exemplo, pelo desejo e pela falta de contato com os amigos e familiares, e do mesmo modo, pelas incertezas em relação a duração do distanciamento. Constata-se também que alguns transtornos mentais podem eclodir pela quarentena, dentre eles o transtorno de ansiedade, depressão e o comportamento suicida (Faro et. al., 2020).

Segundo o Ministério da Saúde [MS] (Brasil, 2020) a mudança repentina nos modos de vida habituais pode contribuir para o desencadeamento de reações e sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Adicionalmente, o medo de ser acometido por uma doença potencialmente fatal, cuja causa e progressão ainda são pouco conhecidas, afetam o bem-estar psicológico das pessoas. Os sintomas psicológicos são recorrentes em situações que envolvem o distanciamento social, a literatura da área demonstra a presença de solidão, desesperança, angústia, exaustão, irritabilidade, raiva e sensação de abandono. E com isso, maiores chances de ocorrência de distúrbios do sono, abuso de substâncias psicoativas e ideação suicida, bem como, entre outros, o agravamento de transtornos mentais já existentes.

O novo Coronavírus têm gerado grandes desafios diários, não apenas ao que toca aos cuidados externos físicos que visam o extermínio do vírus, mas também ao que diz respeito sobre os constantes desafios emocionais, permeados por diversos sentimentos e sensações que impactam diariamente a vida das pessoas, norteadas por angústias, ansiedades, inseguranças e medos. Tais sentimentos, por vezes não percebidos, são sentidos com uma força significativa e constitutiva ao sujeito, percepção que roga a psicanálise à uma escuta demasiada e sensível a fim de melhor nos aproximarmos das dores psíquicas de cada sujeito.

Nas psiconeuroses, destaca-se a origem conflitiva psíquica, relacionada a sexualidade do sujeito, que possui, na qualidade de seus recursos internos do sintoma, a viabilidade de traduzir seus sofrimentos (Macedo et. al., 2016). É importante ressaltar que, cada indivíduo se depara com seus afetos e externaliza seus recursos psíquicos frente a vivência de um evento que foi traumático e deixou marcas. Tais externalizações serão representadas por atividades diversas, onde cada sujeito precisará ressignificar, no seu tempo, suas conexões do mundo interno para com o mundo externo, o qual hoje é vivenciado pela pandemia do Coronavírus.

A partir das reflexões de Oliveira (2020), diante de uma vivência geradora de muitas angústias, mudanças e tensões, o sujeito pode encontrar importante falta de reconhecimento de si mesmo, em razão de uma estranheza em comportamentos que não eram originários em sua vida. A isto, refere-se que o sujeito pode sentir falta de atenção e energia para a realização de seus compromissos que são de sua trajetória diária, como o seu trabalho, atividades físicas e até mesmo nas relações pessoais. Essas queixas originárias de tantas mudanças, podem gerar incompreensão em muitas pessoas, despertando desconfortos e inquietações que precisam ser trabalhados.

Frente a isto, a escuta psicanalítica pode abrir os possíveis caminhos

de acesso ao mundo interno de cada indivíduo de forma significativa, pois estamos todos enquadrados ao mundo social, que tem representação em nossa constituição como sujeitos. Assim, a escuta psicanalítica oferece recursos ao indivíduo a voltar de si mesmo e poder dar voz às suas construções e desconstruções. Mudança importante na qual o sujeito pode não estar preparado para vivenciar e sentir, mas que está inclusa ao tocante psíquico em decorrência do isolamento social em que se encontra (Oliveira, 2020).

## Considerações finais

O presente artigo analisou como os sujeitos que padecem pelas neuroses, especialmente pela neurose narcísica, podem sofrer com os efeitos oriundos da pandemia do novo Coronavírus, e almejou saber quais saídas possíveis para enfrentar a realidade deste contexto imerso em restrições, isolamento e morte.

Interpretar o momento atual sob a ótica das neuroses, movimentou ao longo da escrita a imaginação especulativa, e propiciou a relação entre as características da neurose narcísica e a busca incessante na cultura atual de um objeto completo, que dê conta das demandas requeridas e sentidas pelo indivíduo. Busca esta inegável na experiência do narcisismo, e que demarca o desejo de satisfação plena e a perda do objeto, como foi alegado ao longo do trabalho. Este enunciado faz alusão às peculiaridades da neurose narcísica, já que dá ao indivíduo a esperança de corresponder com seu ideal de eu as promessas de satisfação vindas de fora, embora, seja uma esperança perdida em um tempo que não chega.

Avaliar a forma como a neurose está inscrita no indivíduo é vital, e pode indicar o modo como ele irá lidar com as adversidades da vida, com maior ou menor prejuízo, de acordo com o nível da sua organização psíquica. Esta avaliação, dentro deste novo contexto, contribui para deduzir que muitos indivíduos não conseguirão suportar toda a pressão e sofrimento, por consequência de suas vulnerabilidades e tendo assim seus sintomas agravados despontando em crises emocionais.

Evidencia-se a urgência de um acompanhamento e tratamento especializados, destinados aos sujeitos que apresentam sofrimentos psíquicos prévios e oriundos das repercussões negativas provocadas pelo distanciamento social da pandemia, visto que tais efeitos podem se prolongar mesmo após o fim desta, o que denota a importância de um olhar atento e qualificado dos profissionais de saúde, em especial os da saúde mental, que se ocupam do cuidado dessa população.

Levando em conta, que a cultura e a civilização produzem novas formas de subjetividades e adoecimentos psíquicos, assim como na época de Freud, em que a histeria era dita “doença da época”, e passou a mobilizar médicos, psicanalistas, teóricos entre tantos estudiosos, se pode dizer que, este foi o intuito desta escrita, buscar uma maior compreensão acerca destes tempos de pandemia. Assim sendo, ficou claro que os questionamentos não sanaram, mas se expandiram em direção a quais efeitos o estado pandêmico atual irá deixar, no que se refere a esta geração ou as futuras.

No entanto, o que se espera, é que as repercussões desta realidade histórica, possam se dar da melhor maneira, dentro da condição de desamparo de cada um, e trazendo a luz os caminhos dos possíveis dos sintomas constituídos durante este tempo. Cabe à psicanálise a escuta de seus pacientes, como fez Freud, para que novas hipóteses se formulem sobre os efeitos da pandemia nos sujeitos, seja em relação ao contexto global, seja em relação às neuroses

---

narcísicas. É notório portanto, a produção de mais estudos acerca do tema, uma vez que este é extremamente importante para a compreensão do estudo das neuroses na atualidade.

Portanto, após esta escrita, não há exatidão no que concerne às consequências psíquicas atreladas a Covid-19 em cada sujeito, pois se pensarmos os tempos do trauma, podemos dizer, como mencionado no corpo do texto, que este ainda está sendo inscrito, no aqui e agora de cada um de nós. Este excesso pulsional, sem elaboração, confere a compulsão à repetição o destino factual do traumático, sem representações, sem marcas nítidas que possam redirecionar o que é da ordem de si mesmo, frente a sua interdição que se impõem pelo prenúncio de morte.

Se faz necessário que outros estudos acerca do tema sejam realizados em virtude da complexidade e da importância da temática abordada para as áreas das ciências humanas. Compete à psicanálise inquirir, repetir, agir, dizer incessantemente sobre os desafios e limites frente a clínica psicanalítica, e as inúmeras formas de sofrimentos da psique humana, dado que nela habitam a vida e morte, possibilitando assim aos sujeitos repensar sua história de vida para que haja outros caminhos em direção ao devir do desejo e posteriormente outras possibilidades de vida.

## Referências

- Brasil. Ministério da Saúde (2020). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Um guia para gestores*. Fiocruz: Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.fiocruzbrasil.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%bade-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-gestores.pdf>
- Dunker, C. I. L. (2020). *A arte da quarentena para principiantes*. São Paulo: Boitempo.
- Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C., Silva, B. F. P., Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200074. Epub June 01, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>.
- Freud, S. (1893[1899]-1996) *Primeiras publicações psicanalíticas: A hereditariedade e a etiologia das neuroses*. Obras completas. vol. 03, São Paulo: Imago.
- Freud, S. (1856[1939]-2019). *Neurose, psicose e perversão*. In Obras incompletas de Sigmund Freud, vol. 5, Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Freud, S. (1916 [1914]-2010) *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos*. Obras completas, vol. 12, São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1917 [1915]-2010) *Luto e Melancolia*, In Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos. Obras completas, vol. 12, São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1916[1917]-2014) *Conferências introdutórias à psicanálise* (pp. 297-310). Obras completas vol. 11, São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1917[1916]-2014) *A fixação no trauma - O inconsciente*, In Obras completas vol. 14, São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1925[1923]-2011). *Neurose e Psicose*, In Obras completas vol. 16, O Eu e o Id, "Autobiografia" e outros textos (pp. 176-183). São Paulo: Companhia das Letras.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2001). *Vocabulário de psicanálise* (4a ed), D. Lagache (Dir). São Paulo.
- Macedo, K. M., Eurema, G. M., Mohr, A., Sissi, V. C., Vivan, S. B., Veras, J. F., Hornstein, L. Krug J. S. (2016). *Neurose Leituras Psicanalíticas* (4a ed), Porto Alegre: PUCRS.
- Marques, S. T. (2016, fev.) *Quando a prótese não é uma muleta - um estudo psicanalítico sobre a experiência de amputação e reconstrução do corpo*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Disponível em <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=8567@1>
- Mello, R. (2020). Luto na pandemia covid-19. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, [S.l.], v. 9, n. 1, jul. 2020. ISSN 2447-1798. Disponível em <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/289/171>
- Oliveira, de C., L. (2020). *Saúde Mental nos Tempos de Pandemia: uma releitura dos afetos e da pulsão de morte em Freud*. Paulo, Brasil: Martins Fontes. Disponível em <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/viewFile/290/172>.
- Rother ET. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. Enferm*; 20(2):v-vi Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>
- Soares, R. L. (2014), *A identificação e o narcisismo na melancolia: reflexões a partir da obra freudiana*. 2014. 134 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em <https://repositorio.unb.br/handle/10482/17908>.

## As mães e seus bebês: percepções sobre a maternidade singular e gemelar

*Mothers and their babies: perceptions about singular and twin motherhood*

**Lúisa Schneider de Souza<sup>1</sup> e Elisabete Beatriz Maldaner<sup>2</sup>**

**Resumo:** Este estudo teve por objetivo comparar as vivências de mães primíparas de bebês singulares e mães primíparas de bebês gemelares durante a gestação e primeiros meses de vida dos bebês. Participaram quatro mães, primíparas, sendo duas mães de bebês singulares e duas mães de bebês gemelares. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, sendo utilizado como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada. A análise de conteúdo das entrevistas mostrou que na comparação das vivências, os sentimentos frente à notícia da gravidez, as mudanças ocorridas e os cuidados primários dos bebês ocorreram de forma semelhante. Porém, as mães de gemelares destacaram essas vivências com mais intensidade, justamente por acontecerem com dois bebês. Por fim, verificou-se que o exercício da função materna, seja com bebês singulares ou bebês gemelares, está diretamente relacionado com a apropriação consciente do desejo inconsciente em ser mãe.

Palavras-chave: Primíparas; Bebês singulares; Bebês gemelares.

**Abstract:** This study compares the experiences of primiparous mothers of single babies and primiparous mothers of twin babies during pregnancy and during babies' first months. Four primiparous mothers participated - two mothers of single babies and two mothers of twin babies. This is a qualitative research, that used a semi-structured interview as data collection instrument. The qualitative content analysis of the interviews showed that by comparing the experiences of this mothers, the feelings about the news of pregnancy, the changes occurred and the primary care of the babies occurred in a similar way. Twin mothers emphasized these experiences more intensely, precisely because they happened to two babies. It was also found that the exercise of maternal function is directly related to the conscious appropriation of the unconscious desire to be a mother.

Keywords: Primiparous; Single babies; Twin babies.

<sup>1</sup> Psicóloga. Graduada pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA Guaíba). E-mail: schneider.luisa@outlook.com

<sup>2</sup> Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e da Personalidade, Formação em Terapia de Casal e Família. E-mail: maldaner@terra.com.br

---

## Introdução

A maternidade constitui-se como uma singular experiência na vida da mulher e é tomada por diversas mudanças que iniciam na gestação e continuam durante o nascimento, desenvolvimento e crescimento dos filhos (Zanatta & Pereira, 2015). Essas mudanças são físicas, pela formação e crescimento do feto; psíquicas, pelas expectativas e fantasias representadas mentalmente; e sociais, pela mudança de papéis, que modificam a rotina da mãe (Ferreira, Elias e Corrêa, 2018).

Durante a gestação a mãe imagina seu bebê, o que permite o investimento e vinculação a ele. Nos exames pré-natais, o bebê real já começa a tomar o lugar do bebê imaginário, e com o nascimento e suas demandas reais esta nova mãe irá realocar seu investimento ao bebê real. Muitos outros “nascimentos” simultâneos acontecem com o nascimento do bebê, reorganizando papéis, transformando a mulher que antes apenas filha, agora passa a ser mãe, o filho passa a ser pai, a mãe passa a ser avó. Além disto, a nova mãe precisa adaptar-se em seus outros papéis, como o profissional e o de esposa (Tavares, 2016).

O apoio familiar é essencial nos primeiros meses após o nascimento do bebê, pois proporciona à mãe sensação de segurança, incentivo e confiança. O apoio social aumenta a responsividade materna, gerando benefícios ao bebê, à relação mãe-bebê e à relação conjugal (Cardoso & Vivian, 2017).

Os cuidados primários oferecidos pela mãe são fundamentais para que cada ser humano se transforme em um adulto saudável e independente. É através da experiência do bebê com seus cuidadores primários, que será formada a base para seus relacionamentos futuros (Dorneles & Schmidt, 2016).

Em caso de gêmeos, estes cuidados acontecem em dobro, pois a mãe estará lidando com as necessidades de dois bebês. Esta mãe deve contentar-se em fazer o melhor possível, pois é impossível satisfazer e atender dois bebês ao mesmo tempo, sendo ela uma só (Winnicott, 1982). Desta forma, a mãe deve conhecer as particularidades de seus bebês e vivenciar com cada um deles um processo materno diferente, o que irá exigir ainda mais dela (Ribeiro, Santos e Zornig, 2016).

A partir da afirmação de Winnicott (1982) que a “assistência a um recém-nascido é uma tarefa absorvente e contínua, que só pode ser bem executada por uma pessoa (pg. 25)”, que é a mãe, surge a curiosidade em identificar e relacionar as experiências maternas de mães de bebês singulares e de gemelares. Assim, o objetivo deste estudo é de comparar as vivências de mães primíparas de bebês singulares e mães primíparas de bebês gemelares durante a gestação e primeiros meses de vida dos bebês, através da identificação dos sentimentos frente a notícia da gravidez e durante a gestação, do conhecimento das principais mudanças após o nascimento do (s) bebê (s) e da investigação de como ocorreram os cuidados primários do (s) bebê (s).

## Método

Participaram deste estudo quatro mães primíparas, sendo duas de bebês singulares e duas de bebês gemelares. Os critérios para inclusão das participantes nesta pesquisa foram: mulheres em relacionamento estável ou casadas, residindo com o companheiro, independente da idade, nível sócio econômico e escolaridade, cujos bebês tivessem idade entre 6 meses e 2 anos. As participantes foram escolhidas por conveniência, através de indicações de terceiros. Como critério de exclusão, foi considerado mães com filhos

diagnosticados com síndromes, deficiências ou transtornos físicos ou mentais.

Este estudo tem caráter qualitativo e descritivo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, sob o número CAAE 04330318.1.0000.532 e parecer número 3.147.461, de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.

Após o contato com as mães indicadas, as entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade das mesmas, em suas residências. Antes do início das entrevistas, foi lido e assinado pelas participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual apresenta o objetivo da pesquisa e o compromisso com o sigilo por parte das pesquisadoras.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, que foi gravada e transcrita. O roteiro abordava os seguintes tópicos: sentimentos frente à notícia da gravidez e durante a gestação, mudanças ocorridas após o nascimento do (s) bebê (s) e o cuidado primário com o (s) bebê (s).

Foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (1977) para categorizar os dados das entrevistas. Esta análise consiste na organização do material coletado, no agrupamento e categorização de aspectos relevantes e na interpretação dos resultados.

## Resultados

Por questões éticas os nomes das entrevistadas foram alterados. As mães de bebês singulares serão apresentadas como Ana e Dani e as mães de bebês gemelares Bia e Cris. Ana estava namorando há 9 meses quando engravidou, e apesar de afirmar que sempre quis ser mãe, não havia planejado a gravidez. Após o nascimento do bebê, seu companheiro mudou-se para sua casa, onde mora também com sua mãe e irmã. Seu bebê, no dia da entrevista, tinha 1 ano e 8 meses de idade. A segunda entrevistada, Dani, afirmou que sempre sonhou em ser mãe, mas quando teve a notícia da gravidez, havia terminado o relacionamento há algumas semanas. Diz que “em função disso” o casal reatou o relacionamento e passou a morar junto. Sua filha, no dia da entrevista, tinha 1 ano e 6 meses. Bia estava namorando há pouco tempo quando engravidou e afirmou que não tinha o plano e nem o desejo em ser mãe. Após o nascimento das filhas, passou a morar com seu companheiro em uma parte da casa de seus pais: “a gente dividiu a casa (dos pais) e veio morar pra cá, mais pertinho da minha mãe”. Bia teve gêmeas, que no dia da entrevista, estavam com dois anos. Cris, ao engravidar, já era casada e afirma ter planejado a gravidez, “já tava tentando há alguns meses”. Cris é mãe de um menino e uma menina, gêmeos, que no dia da entrevista estavam com um ano e quatro meses.

A partir da análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1977), emergiram quatro grandes categorias: (I) “Foi um choque”, (II) A gestação (III) “A maternidade transforma” e (IV) O cuidado materno. Os resultados de cada categoria serão apresentados abaixo.

### Foi um choque

Esta categoria refere-se à notícia da gravidez e destaca os sentimentos e preocupações vivenciados pelas mães participantes nos primeiros momentos de sua vida materna.

Todas as participantes sentiram-se assustadas e em choque ao recebe-

---

rem a notícia da gravidez. Além do susto, sentimentos como felicidade e a realização de um sonho também foram descritos.

Mesmo quando a gravidez foi planejada e desejada conscientemente, que é o caso de Cris, mãe de gemelares, ocorreu este choque inicial. Ana e Dani, mães de bebês singulares, afirmaram que o momento não era oportuno, mas expressaram que tinham vontade de serem mães. Bia, mãe de gemelares, afirmou que “não queria”, pois estava há pouco tempo no relacionamento com o pai dos bebês e tinha outros planos elaborados, como a compra de um carro e a festa de formatura.

A notícia da gestação gemelar adiciona um outro momento à vivência destas mães, que relatam uma ambivalência de sentimentos – felicidade e medo, choro e riso: “era uma felicidade, por saber que eram os dois assim [...], só que o medo né, também [...] meu Deus o que vai ser minha vida daqui pra frente” (Cris); “eu ria e chorava ao mesmo tempo” (Bia).

As participantes expressaram preocupações que tiveram diante da notícia da gravidez. As mães de bebês singulares sentiram-se aflitas ao relacionar a chegada do bebê e seu papel profissional, expressando dúvidas em como conciliar estas funções. As mães de gemelares expressaram preocupações ligadas às mudanças que iriam ocorrer em suas rotinas, pela dedicação que sabiam que teriam que dispensar aos bebês.

### **A gestação**

Nesta categoria estão os resultados relacionados ao período gestacional das entrevistadas. Todas mencionaram sintomas como náuseas, enjoo, muita fome, sono em demasia e insônia, alguns destes, sentidos antes mesmo de terem a notícia da gravidez.

As mães de bebês singulares falaram muito pouco a respeito da gestação, destacando apenas os sintomas. As mães de bebês gemelares, por outro lado, destacaram detalhes a mais, como as mudanças no corpo, a preocupação com o desenvolvimento dos bebês e o sentimento materno: “não tive nenhum problema com eles, eles sempre se desenvolvendo bem [...] eu com aquele sentimento bem materno né, muito forte já” (Cris); “Foi no quinto mês assim [...] quando eu comecei a me sentir mãe, que a barriga também apareceu” (Bia).

### **A maternidade transforma**

Esta categoria apresenta as mudanças que ocorreram nas vidas destas mães após o nascimento do (s) bebê (s). As mudanças citadas pelas entrevistadas dizem respeito às áreas familiar e profissional.

Todas as participantes enfatizaram sobre como a maternidade mudou suas prioridades, passando a pensar primeiro nos filhos. Afirmaram que após o nascimento do (s) bebê (s), passaram a ter mais paciência, mais tolerância e falaram sobre a importância de seu papel como mãe em cuidar e proteger os filhos.

As mães de bebês gemelares adicionaram às suas falas as dificuldades em exercer este novo papel de mãe: “tinha dias que eu não conseguia ficar acordada, de tanto sono, mas eu tava ali, tava bem, porque eu sabia que eles tavam bem” (Cris).

No relato das participantes evidencia-se que outra mudança ocorrida diz respeito ao relacionamento conjugal, pois três casais passaram a morar juntos após o nascimento do (s) bebê (s). As participantes falaram sobre os desafios

desta convivência: “tudo muda com filho, a nossa relação mudou bastante, a gente foi se conhecendo, conhecendo o Alan (o filho) e nos conhecendo ao mesmo tempo” (Ana).

Todas participantes mencionaram mudanças em sua vida profissional. As mães de bebês singulares deram prioridade a exercer seu papel de mãe, colocando o papel profissional como secundário em suas vidas. As mães de bebês gemelares, por outro lado, mantiveram seus trabalhos e expressaram os lados positivos e negativos desta escolha: “Até hoje eu fico assim com esse sentimento assim, de, eu preciso tá com eles assim e eu não tô. Mas fazer o que, tem que trabalhar” (Cris). “Voltar a trabalhar assim pra mim foi quase como se tivesse indo pra um spa, de férias” (Bia).

### **O cuidado materno**

Todas participantes destacaram que durante os primeiros meses de vida dos bebês a rotina de cuidados demandava e exigia muito, mas que após o primeiro ano essa rotina tornou-se mais leve, pois já identificavam melhor as necessidades dos bebês.

As mães de bebês singulares destacaram que hoje em dia não consideram tão importante seguir uma rotina de cuidados, como horários determinados para dormir, acordar ou dar banho: “tem dias que ela levanta antes, tem dias que ela levanta depois, nunca é a mesma coisa assim [...] isso que a gente fica todo dia em casa, mas nunca é igual” (Dani). As mães de bebês de gemelares, por outro lado, estabelecem uma rotina diária e repetitiva de cuidados com os bebês e a destacam com muita intensidade, justamente porque envolve dois bebês, que demandam e necessitam de cuidados ao mesmo tempo. Apesar da rotina organizada, Bia diz “não tava me sentindo preparada pra isso assim”, pois as filhas exigiam um cuidado constante nos primeiros meses.

As mães entrevistadas mencionaram as experiências vivenciadas pelo momento da amamentação. No dia da entrevista, as mães de bebês singulares ainda amamentavam no peito. Nas primeiras semanas de amamentação, devido a rachaduras e dores que sentiam nos seios, pensaram em desistir de amamentar, porém por considerarem importante para o bebê, não o fizeram. As mães de bebês gemelares, por outro lado, amamentaram no seio por pouco tempo, sempre intercalaram o seio e a mamadeira e consideraram que o momento da amamentação demandava muito tempo e se tornava cansativo.

As mães de gemelares destacaram as dificuldades em amamentar dois bebês. Bia sentiu-se pressionada a ter que amamentar, o que causou muita angústia e fez com que seu leite não fosse “o suficiente para amamentar as duas”, o que a levou a interromper a amamentação no seio ao decorrer do segundo mês. Cris amamentou por quatro meses, durante seu período de licença maternidade e descreve este momento como “incrível”. Porém, também falou sobre as “escolhas difíceis” da amamentação de gêmeos, como, qual bebê alimentar primeiro: “vai quem tá chorando mais, às vezes botava os dois no peito, ou às vezes nem escolhia, dava mamadeira pros dois pra não dar preferência pra nenhum”.

Por fim, ainda referente aos cuidados, todas participantes mencionaram a ajuda que receberam do companheiro, de familiares próximos e de suas mães, tanto para atividades domésticas, como para aprender sobre detalhes do cuidado com os bebês. As mães de gemelares, porém, novamente destacaram com maior intensidade um tópico, falando sobre a importância da ajuda recebida, devido às dificuldades do cuidado simultâneo de dois bebês “a minha

---

mãe que me guiava, me puxava pra realidade [...] eu não conseguia comer se minha mãe não servisse [...]elas (as bebês) não saiam do meu colo” (Bia).

## Discussão

De acordo com os resultados da primeira categoria, no momento da confirmação da gravidez não há a existência de apenas um sentimento, aceitação ou rejeição, mas sim, de uma ambiguidade, relacionada com o querer e o não querer este filho. Esta reação inicial à notícia da gravidez não se cristaliza, podendo modificar-se de uma rejeição para uma aceitação e vice-versa (Maldonado, 1990).

Para a psicanálise, “se uma gravidez ocorre é porque existia na mulher um desejo inconsciente de ser mãe, independentemente se o discurso manifesto era condizente ou não com essa motivação” (Tachibana, Santos, Aparecida e Duarte, 2006, p.151). O desejo inconsciente em ser mãe pode manifestar-se por atos falhos como ausência ou esquecimento da anticoncepção (Soifer, 1980), como nos casos das gestações não planejadas de Ana, Dani e Bia.

Ana e Dani, apesar de não terem planejado a gravidez, não apresentaram conflitos após o susto da notícia e afirmaram que sempre quiseram ser mães. Neste caso, o desejo, que pertence à esfera inconsciente, estava alinhado com a vontade e com o discurso, que são conscientes (Tachibana e cols. 2006). Bia, por outro lado, falou sobre muitos momentos de angústia, tanto durante a gravidez, como após o nascimento das filhas, destacando outros planos, que não a gravidez. Mulheres podem ter problemas em aceitar a gestação não planejada devido ao investimento libidinal que terão que direcionar a outro objeto, que não estava incluído em seus projetos pessoais. Ainda, o desejo inconsciente da mulher em relação à gestação nem sempre permanece o mesmo para mantê-la interessada e dedicada a seu bebê (Tachibana e cols., 2006).

A notícia da gestação gemelar causou ambivalência afetiva nas mães, o que David, Azevedo, Russi, Berthoud e Oliveira (2000) caracterizam como “não saber a forma adequada de pensar” (p.58), pois, na maioria das vezes, as mães não esperam a gestação gemelar. Quase todas as mães, se pudessem escolher, não teriam gêmeos (Winnicott, 1999), fato que constatou-se nas entrevistas devido à ambivalência afetiva e a presença de atos falhos nas falas das participantes. Em determinado momento, Cris referiu-se aos bebês como sendo apenas um feto, o que podemos interpretar como uma dificuldade de assimilação inconsciente da chegada de dois bebês (Ribeiro, Santos e Zornig, 2016).

Quanto às preocupações sentidas pelas participantes, a literatura afirma que a mulher grávida enfrenta apreensões ligadas a ela própria, como a incerteza de sua autoimagem em sua nova condição de mulher, esposa e mãe. Da mesma forma, pode sofrer com as dúvidas quanto ao seu campo profissional, se continuará dando conta do trabalho e se manterá o emprego após a licença maternidade (Lenci, Motta e Steinmann, 2017). Mães de gemelares experienciam maior intensidade de sentimentos, devido também às dúvidas sobre como será cuidar e lidar com dois bebês e como ficará sua situação financeira (Scalco & Donelli, 2014).

A segunda categoria apresentou os resultados referentes ao período gestacional. Os sintomas de excesso de sono e voracidade descritos pelas participantes são vistos pela psicanálise como uma regressão da mulher, que indica o início do processo de identificação com o feto, que permitirá compreendê-lo em suas necessidades. Além disto, a sonolência é uma defesa

biológica adequada, pois permite à esta mãe um período maior de repouso, diante do trabalho materno que irá iniciar (Maldonado, 1990).

Os outros sintomas mencionados, como insônia, as náuseas e vômitos são manifestações que podem servir para evidenciar a gestação e para dar vazão às ansiedades diante da gravidez. Estas ansiedades podem ser causadas pela ambivalência entre aceitação e rejeição da gestação, que acontecem durante o primeiro trimestre (Maldonado, 1990; Soifer, 1980).

As mães de gemelares falam mais sobre a gravidez por esta ser considerada mais estressora que a gestação de apenas um feto, pois envolve vários eventos e circunstâncias diferentes, que foram destacados pelas participantes. O corpo materno não está bem adaptado para a tarefa de carregar dois bebês, o que pode causar maior cansaço às mulheres devido ao peso extra. Além disto, as mães de gemelares podem se preocupar com o risco de complicações na gravidez múltipla, como malformações fetais e atraso de crescimento (Benute e cols., 2010).

Bia afirma que “foi quando eu comecei a me sentir mãe, que a barriga também apareceu”, no quinto mês, após o exame ultrassonográfico. Podemos inferir que Bia negou a gravidez no primeiro e em parte do segundo trimestre, mesmo com os sintomas que estavam sendo vivenciados. Sentir os movimentos do bebê, bem como realizar os exames ultrassonográficos, em qualquer tipo de gestação, permite a confirmação e o encontro antecipado com o bebê e sua personificação (Zanatta & Pereira, 2015; Lenci, Motta e Steinman, 2017).

Na terceira categoria apresentam-se os resultados em relação às mudanças experienciadas pelas participantes. A primeira mudança é em relação a si, à construção do papel de mãe. A função materna não está configurada nas mulheres, é um processo de construção psíquica. O desenvolvimento da função materna envolve a adaptação da mulher ao papel de mãe, a uma nova rotina, uma nova interação conjugal e uma nova vida profissional, que envolvem a presença de um ou dois bebês que dependem dela (Cardoso & Vivian, 2018).

A priorização dos filhos acima de suas necessidades próprias, citada pelas participantes é o que Winnicott (1999) descreve como a preocupação materna primária, um estado psicológico, normal e necessário, em que as mães são capazes de identificar-se com o bebê desde o período gestacional. Após o nascimento, conseguem ir ao encontro de suas necessidades físicas e afetivas, sentindo-as como se fossem próprias, tornando-se uma cuidadora especializada deste ser, suficientemente boa para ele, facilitando seu desenvolvimento (Winnicott, 2000).

As dificuldades citadas pelas mães de gemelares quanto ao desempenho de seu papel materno vão de encontro com a literatura, que afirma que mães de bebês gêmeos devem dispor de um maior investimento emocional a fim de conseguir dar conta das necessidades e cuidados únicos de dois bebês. Portanto, é essencial que a mãe conheça as particularidades de cada bebê, possibilitando a construção da individualidade de cada um (Dorneles & Schmidt, 2016), bem como entregue-se simultaneamente à dois processos de preocupação materna primária, com dois bebês, construindo relações distintas com cada um, compreendendo que cada bebê vivencia experiências paralelas e possuem temperamentos diferentes (Ribeiro, Santos e Zornig, 2016).

Em relação às mudanças conjugais também citadas na terceira categoria, Dani havia terminado o relacionamento, Ana e Bia estavam há poucos meses com o companheiro. Maldonado (1990) afirma que a gravidez é considerada um período de transição normal da vida de um casal, porém, nem sempre acontece em situação de estabilidade do relacionamento.

---

As três participantes que passaram a morar junto com os companheiros após o nascimento dos bebês tiveram que construir duas novas identidades ao mesmo tempo, a de casal e de pais. Gouveia, Pires e Hipólito (2015) afirmam que quando uma família inicialmente se forma, composta pelo casal, ocorre o investimento de ambos em sua relação. A chegada de um bebê causa grande impacto neste sistema familiar, pois o investimento, antes implicado na relação a dois, passará ao bebê e aos cuidados dispensados a ele. Quando estes processos ocorrem simultaneamente, exige ainda mais do casal, pois precisam adaptar-se às novas atribuições de dois papéis, o que pode levar à maturação ou desordem do casal (Gouveia, Pires e Hipólito, 2015).

No que diz respeito ao campo profissional, as mães de gêmeos mantiveram seus empregos após o nascimento dos bebês, enquanto as mães de singulares abdicaram desta atividade, escolhendo dedicarem-se integralmente ao cuidado do bebê. Os artigos analisados apresentam resultados contrários aos desta pesquisa, indicando que mães de gêmeos têm menor probabilidade de retornarem ao trabalho do que mães de bebês singulares, visto às exigências do cuidado (Andrade, 2013; Pazello, 2006). Não voltar a trabalhar não é uma opção acessível a todas as mulheres e faz com que a conciliação entre a atividade profissional, doméstica e os cuidados com os filhos sejam os principais desafios da mulher contemporânea. Tanto a supervalorização da carreira, como a crença de ser a única capaz de cuidar do filho, podem gerar sentimentos de angústia e insatisfação nas mães, o que as leva a buscarem adaptações em ambos papéis, para seu melhor desempenho (Andrade, 2013; Zanatta & Pereira, 2015).

Bia, mãe de gêmeas, afirmou que voltar ao trabalho foi como ir a um “spa, de férias”. Tachibana e cols. (2006) afirmam que a maternidade exige muito mais comprometimento e responsabilidade do que qualquer atividade profissional, principalmente pelo fato de que o “trabalho sempre pode ser abandonado, caso traga desprazeres; ao contrário da irreversibilidade de ter filhos” (p. 163). Ainda, de acordo com os mesmos autores, podemos novamente relacionar que o investimento libidinal desta mãe poderia estar direcionado ao trabalho e demais projetos pessoais, que não as filhas (Tachibana e cols., 2006).

Na quarta categoria foram expostos os resultados referentes ao cuidado materno, que, segundo as participantes, demandava e exigia muito mais delas nos primeiros meses de vida dos bebês. De acordo com David e cols., (2000), a rotina de cuidados exige muito mais das mães nos primeiros meses do (s) bebê (s) devido ao trabalho intenso que o recém-nascido requer, e que com o passar dos meses diminui. Este período de adaptação inicial do bebê ao mundo externo é vivenciado pelas mães como um exercício diário de aprendizagem, principalmente em primíparas, pois com o passar do tempo a dupla estabelece uma comunicação, o que torna mais fácil para a mãe reconhecer as necessidades do filho e o leva a estabelecer um ritmo mais calmo, também já conhecendo sua mãe (Maldonado, 1990; Zanatta & Pereira, 2015).

As participantes relataram que após um ano já identificavam melhor as necessidades dos bebês. Este reconhecimento, e a identificação da mãe com o (s) bebê (s) concretizam-se pela execução de três funções maternas exercidas simultaneamente: o holding, a sustentação deste bebê, a rotina repetitiva de cuidados, não apenas físicos, mas psíquicos, colocando-o em contato com uma realidade externa simplificada; o handling, a personalização do bebê, sua manipulação quando é cuidado, garantindo seu bem estar físico; e a apresentação do objeto, quando a mãe apresenta o seio ou a mamadeira e o bebê tem a ilusão de ter “criado” esse objeto para sua satisfação. Tais funções permitem à mãe ser “suficientemente boa” para seu bebê, ofertando condições

ambientais favoráveis a seu desenvolvimento (Nasio, 1995).

Quanto à rotina diária de cuidados mantida pelas mães de gêmeos e não tão valorizada pelas mães de bebês singulares, a literatura aponta que a imposição de limites é fundamental para o desenvolvimento da personalidade dos bebês, visto que uma educação “liberal” pode transformá-los em adultos inseguros, insatisfeitos e angustiados. O estabelecimento de horários para a alimentação e o sono asseguram à criança que suas necessidades serão atendidas em um tempo conhecido por ela e lhe transmitem a sensação de segurança (Aberastury, 1996). Para Bia, foi desgastante o desenvolvimento da função materna, pois esse investimento no bebê está relacionado com o desejo materno (Santos, 2016), o qual ela não conseguiu se apropriar conscientemente.

Além do trabalho excessivo e constantes exigências de cuidados com dois bebês, a mãe de gêmeos desdobra-se em duas para identificar-se com dois bebês ao mesmo tempo, o que exige um esforço psíquico adicional para constituir-se como uma mãe diferente para cada bebê, simultaneamente (Ribeiro, Santos e Zornig, 2016). “A mãe de gêmeos tem uma tarefa extra, acima de todas as outras, que é dar-se toda a dois bebês ao mesmo tempo. Até certo ponto ela deve fracassar [...] deve se contentar em fazer o melhor possível” (Winnicott, 1982, p.156).

Quanto aos resultados referentes à amamentação, Bia, mãe de gêmeas, foi a entrevistada que negou a gestação até o quinto mês, apresentou mais dificuldades em entrar no processo de preocupação materna primária, considerou a volta ao trabalho como um “spa” e que amamentou por menos tempo. O desmame precoce pode estar relacionado à problemas de vínculo na relação mãe-bebê e na constituição da maternidade, e pode ser prejudicial forçar a mulher a amamentar caso não se sinta confortável, causando sofrimento tanto para mãe, como para os bebês (Winnicott, 1999).

A “escolha difícil” citada por Cris, mãe de gêmeos, em decidir qual bebê amamentar primeiro ou se amamenta os dois ao mesmo tempo, é um dos maiores desafios na maternidade gemelar, pois a mãe deve prestar este e os demais cuidados necessários a dois bebês, sem que um destes sinta-se prejudicado ou abandonado enquanto o outro é atendido. Novamente, destaca-se a maior organização e disposição que esta mãe deve ter, além da responsabilidade em proporcionar o espaço de cada bebê em sua individualidade (Dorneles e Schmidt, 2016).

As mães de bebês singulares citaram dores e rachaduras nos seios, fatos estes que muitas vezes levam ao desmame, o que não ocorreu, pois continuavam amamentando até o dia da entrevista, por considerarem importante para o bebê. Esta importância pode estar relacionada à vinculação que a amamentação promove entre mãe e bebê, facilitando o aperfeiçoamento da função materna e promovendo o desenvolvimento afetivo do bebê. O atendimento ao recém-nascido deve ser feito de forma responsiva, com demonstração de afeto, contato visual e carinho da mãe, seja realizado através do seio, da mamadeira ou copinho (Pereira, Rodrigues, Donato, Maruchi e Amaral, 2016).

Todas as participantes mencionaram a ajuda do companheiro, de familiares e de suas mães após o nascimento dos bebês. Este apoio recebido, tanto nos cuidados domésticos, como nos cuidados afetivos, é considerado um fator de proteção à maternidade e aumenta a responsividade materna, visto que as novas mães precisam deste tipo de disponibilidade de sua rede de apoio social, para que sintam-se encorajadas a exercerem seu papel de mãe, sem julgamentos (Manente & Rodrigues, 2016).

Os avós do bebê são de grande importância, pois representam figuras de apoio e de identificação para a mãe. Estas figuras garantem a ela alguém em quem se espelhar, o que ajuda a desenvolver as capacidades e sentimentos maternos, visto que a preocupação materna primária faz com que a mulher experimente uma regressão, o que pode fazê-la sentir-se tão desamparada quanto o bebê (Cardoso & Vivian, 2017).

## Considerações finais

Ao comparar as vivências de primíparas, mães de bebês singulares e mães de gemelares, ao contrário do que era esperado pela pesquisadora, não foram identificadas muitas diferenças entre os sentimentos, as mudanças após os nascimentos dos bebês e os cuidados direcionados a eles. As mães de gemelares destacaram essas vivências com mais intensidade, relatando a importância da rotina e da ajuda recebida, justamente por serem dois bebês.

Ainda, verificou-se que o exercício da função materna está diretamente relacionado com a apropriação consciente do desejo inconsciente em ser mãe. O exercício da maternidade não tem a ver com a quantidade de filhos, entre bebês singulares e bebês gemelares, mas sim com o desejo e o investimento da mãe neste outro ser.

Nas entrevistas, as participantes responderam apenas três perguntas, mas compartilharam muitas outras experiências e sentimentos que não puderam ser utilizados neste estudo devido aos objetivos traçados. Uma limitação presente neste e nos demais estudos qualitativos diz respeito à interpretação dos dados, que podem sofrer influência das percepções próprias da entrevistadora. Ainda, o número de mães entrevistadas foi considerado satisfatório para a verificação dos objetivos do estudo, porém, não possibilita a generalização do trabalho.

Sendo assim, releva-se a importância de mais estudos nesta área, visando investigar demais aspectos relacionados ao desejo materno e à motivação (ou não) em engravidar, bem como estudos que abordem a maternidade gemelar e o papel profissional das mães. Destaca-se a importância da escuta analítica, a fim de entender as motivações inconscientes pela gestação, as fantasias, sofrimentos e frustrações, para que assim, as mulheres possam assumir a função materna de forma integral e continente.

## Referências

Aberastury, A. (1996). A liberdade e seus limites na educação. In: Aberastury, A. *Abordagens à psicanálise de crianças* (pp. 67-76). Porto Alegre: Artes Médicas.

Andrade, L. M. C. (2013). *Luzes e sombras em famílias de gêmeos*. Tese do Doutorado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto, Portugal. Recuperado de: [https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=34649](https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=34649)

Andrade, C. J.; Bacelli, M.S., & Benincasa, M. (2017) O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. *Revista do NESME*, 14(1), 1-13. Recuperado de: [pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v14n1/v14n1a04.pdf](https://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v14n1/v14n1a04.pdf)

Bardin, Laurence. (1977) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Benute, G. R.G., Nozella, D.C.R., Prohaska, C., Brizot, M.L., Liao, A., Lucia, M.C.S & Zugaib, M. (2010). Aspectos psicossociais da gestação múltipla: revisão de literatura. *Psicologia Hospitalar*, 8(2), 24-45. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092010000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092010000200003)

Cardoso, A., & Vivian, A. (2018). Maternidade e suas vicissitudes: a importância do apoio social no desenvolvimento da diade mãe-bebê. *Diaphora*, 17(1), 43 - 51. Recuperado de: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/134>

David, D. L., Azevedo, E. C., Russi, E. M. S., Berthoud, C. M. E., & Oliveira, A. L. O. (2000). Triade de contato íntimo: Apego entre mãe e filhos gêmeos. *Revista Biociências*, 6(1), 57-63. Recuperado de: <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/biociencias/article/view/29>

Dorneles, C., & Schmidt, V. (2016). Relação Materna na Construção da Identidade de Gêmeos. *Revista de Psicologia da IMED*, 7(2), 48-57. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v7n2p48-57>.

Ferreira, R.M., Elias, F.J.M., Corrêa, A.A.M. (2018). Das Representações Mentais na Gestação às Frustrações Pós-Parto: um campo para a psicanálise. *Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA* 2(7), 10-18. Recuperado de: <http://seer.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/5700>

Ferrari, A.G., Cherer, E.Q. & Piccinini, C.A. (2017). Aspectos Subjetivos da Amamentação e Desmame: Evidências em Três Casos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, (33). <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e33411>

Gouveia, P.R.R, Pires, M.R.T & Hipólito, J.E.J. (2015). O novo ciclo familiar após o nascimento do primeiro filho. *Psique*, (11), 135 - 160. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11144/2731>

Lenci, M. A; Motta, E. V., & Steinman, D. (2015). Cuidados emocionais antes e depois do parto de gêmeos ou múltiplos. In Waksman, R. D. & Schvartsmann, C. (coord), *Gêmeos e múltiplos: tudo o que os pais precisam saber*. 43 - 51. Barueri: Manole.

Maldonado, M. T. P. (1990) *Psicologia da Gravidez: parto e puerpério*. Petrópolis: Editora Vozes.

Manente, M. V. & Rodrigues, O.M.P.R. (2016). Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. *Pensando famílias*, 20(1), 99-111. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2016000100008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000100008&lng=pt&tlng=pt).

Nasio, J. D. (1995). *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar.

Pazello, E. T. (2006). A maternidade afeta o engajamento da mulher no mercado de trabalho? Um estudo utilizando o nascimento de gêmeos como um experimento natural. *Estudos Econômicos*, 36(3), 507-538. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-41612006000300004>

Pereira, V.A., Rodrigues, O.M.P.R., Donato, M.L, Maruchi, F.C., Amaral, P.J.V. (2016) Análise das Recomendações de Manuais de Aleitamento Infantil: Possibilidades e Desafios. *Temas em Psicologia* 3(24), 1027-1038. Sociedade Brasileira de Psicologia Ribeirão Preto, Brasil. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2016.3-13Pt>

Ribeiro, F. S; Santos, N. T. G. & Zornig, S. M.A. (2016). Dividida Em Dois? A Experiência Materna nos Casos Gemelares. *Natureza humana*, 18(1), 37-54. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302016000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302016000100003)

Santos, R.S.G. (2016). *A função materna e os problemas no desenvolvimento infantil*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande Do Sul – Unijuí. Santa Rosa, RS, Brasil. Recuperado de: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/4317>

Scalco, M. O. & Donelli, T.M.S. (2014). Os Sintomas Psicofuncionais e a Relação Mãe-Bebês Gêmeos aos Nove Meses de Idade. *Temas em Psicologia*, 22(1), 55-66. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2014.1-05>

Soifer, R. (1980) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Tachibana, M., Santos, L.P. & Duarte, C.A.M. (2006). O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psychê*, 10(19), 149-167. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382006000300010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000300010&lng=pt&tlng=pt).

- 
- Tavares, R.C. (2016). O bebê imaginário: uma breve exploração do conceito. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(1), 68-81. Recuperado de: [http://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=191](http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=191)
- Winnicott, D. W. (1982) *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Winnicott, D. W. (1999) *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Editora Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2000) *Da pediatria à psicanálise*. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Editora Imago.
- Zanatta, E. & Pereira, C.R.R. (2015). "Ela Enxerga em Ti o Mundo": a experiência da maternidade pela primeira vez. *Temas em Psicologia* 4(23), 959-972. Recuperado de: <http://revistas.dwwe.com.br/index.php/NH/article/view/222>

## A violência contra mulheres na representação de profissionais da saúde

*Violence against women in the representation of health professionals*

**Kalline Flávia Silva de Lira<sup>1</sup> e Ricardo Vieiralves de Castro<sup>2</sup>**

**Resumo:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa que objetivou conhecer a representação social da violência contra as mulheres sob a ótica de profissionais da área da saúde. Tem como local de estudo três municípios do sertão pernambucano e como participantes profissionais de diferentes serviços, como hospital, equipes de saúde da família e centros de atenção psicossocial. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e analisados através do software Iramuteq, a partir da classificação hierárquica descendente. Evidenciou-se que há uma lógica machista ainda presente na sociedade, que pode ser percebida em concepções como a atenuação da responsabilidade do agressor, e consequentemente a culpa da mulher pela violência, por não cumprir com seus deveres de esposa e de mãe. Pode-se perceber que os/as profissionais tem dificuldade em reconhecer as situações de violência, bem como há um desconhecimento da rede e das legislações pertinentes ao tema. Conclui-se que a rede de saúde precisa firmar o compromisso de ser parte da rede de enfrentamento da violência, garantindo a autonomia e a efetividade dos direitos das mulheres.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Profissionais da saúde; Serviços de saúde.

**Abstract:** It is a descriptive, exploratory study of qualitative approach that aimed to know the social representation of violence against women from the perspective of health professionals. It has as study site three municipalities in the hinterland of Pernambuco and as professional participants of different services such as hospital, family health teams and psychosocial attention centers. The data were collected through semi-structured interview and analyzed through Iramuteq software, from the descending hierarchical classification. It was evident that there is a macho logic still present in society, which can be perceived in conceptions such as the attenuation of the aggressor's responsibility, and consequently the woman's guilt for violence, for not fulfilling her duties as wife and mother. It can be seen that professionals have difficulty in recognizing situations of violence, as well as there is a lack of knowledge of the network and the pertinent legislation on the subject. It can be concluded that the health network needs to sign the commitment of being part of the network to face violence, guaranteeing the autonomy and effectiveness of women's rights.

Keywords: Violence against women; Health professionals; Health services.

<sup>1</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestra em Direitos Humanos, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Psicóloga. E-mail: kalline\_lira@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutor em Comunicação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Psicólogo. Professor Associado do Instituto de Psicologia e da Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Campus Maracanã. Coordenador do Laboratório de Estudos Contemporâneos da UERJ - LABORE. E-mail: ricardo.vieiralves@gmail.com

---

## Introdução

A questão da violência contra as mulheres assumiu, ao longo da história, contornos distintos, pois é um fenômeno complexo e histórico, que por muito tempo foi compreendida como do âmbito privado e não foi considerada como violação de direitos humanos. Segundo Slutkin (2017), a violência é um problema global que causa trauma em indivíduos, comunidades e países, destruindo a saúde física, psicológica, social e econômica das pessoas.

A Convenção de Belém do Pará estabeleceu a violência contra as mulheres, em seu artigo 1º, como qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que venha provocar a morte, dano ou sofrimento, seja físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada (Brasil, 1996). Essa definição amplia a questão da violência além do aspecto físico, abrangendo outros tipos, como sexual e psicológico, ressaltando que pode acontecer no âmbito familiar, doméstico, comunitário, e podendo ser praticada ou tolerada pelo Estado e seus agentes.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2015), uma em cada três mulheres nas Américas foi vítima de violência física ou sexual por parceiro íntimo em algum momento da vida. Entre as principais consequências da violência incluem-se lesões físicas, gravidez indesejada, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, bem como impactos negativos na saúde mental, como ideações suicidas. A Organização reconhece a violência contra as mulheres como um problema de saúde pública e de direitos humanos, além de indicar que os serviços de saúde devem assumir responsabilidades na prevenção e no atendimento às mulheres em situação de violência.

Apesar das evidentes associações entre violência e agravos na saúde, muitos países não possuem serviços para atender às necessidades das mulheres. Para a Organização Mundial da Saúde (2015), a prestação de serviços de qualidade no atendimento e apoio às vítimas de violência é fundamental para minimizar os traumas, ajudar na recuperação e na prevenção de novos atos de violência.

Ainda segundo pesquisas divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (2015) sobre violência praticada por parceiro íntimo contra a mulher, de 20% a 60% das mulheres não contaram a ninguém sobre a violência sofrida, e poucas buscaram algum tipo de ajuda institucional, incluindo os serviços de saúde. Os dados apontam que entre as mulheres feridas devido à violência, 48% relataram ter precisado de cuidados para suas lesões, porém apenas 36% procuraram ajuda.

Para realizar uma abordagem adequada das situações de violência, os/as profissionais precisam compreender a dinâmica do fenômeno, que muitas vezes parece ser inexplicável como, por exemplo, o fato das mulheres não denunciarem, ou aquelas que após a denúncia voltam para seus companheiros. Assim, é fundamental entender que a violência contra as mulheres, principalmente aquela perpetrada por parceiros íntimos, acontece com tempo e intensidade diferenciada nas diferentes relações.

Para Meneghel (2015), o ciclo da violência é dividido em cinco fases. O ciclo inicia com um período de aumento da tensão, em que a fúria do homem começa a aumentar. A segunda fase é a de tensão, em que o homem está prestes a cometer a violência. A terceira é caracterizada pelo momento de explosão, em que ocorre de fato a violência, seja física, psicológica, patrimonial ou sexual. A fase seguinte é o remorso, em que o agressor pode se sentir

arrependido ou com medo de que outras pessoas saibam do ocorrido, pede desculpas e faz várias promessas à mulher. Por fim, há a fase lua de mel, em que o homem comporta-se de modo carinhoso e romântico, fazendo com que a mulher acredite na sua mudança.

Meneghel (2015) adverte que esse ciclo é uma espiral ascendente, ou seja, as etapas vão se tornando cada vez mais cruéis, ocorrendo em um intervalo de tempo cada vez menor. Ressalta, porém, que muitas mulheres não conseguem romper o ciclo não por estarem iludidas quanto à melhora do comportamento abusivo dos companheiros, mas por perceberem que em algumas situações, seria mais perigoso sair do que ficar.

Embora os serviços de saúde, geralmente, sejam locais importantes para a identificação de situações de violência, na prática, os/as profissionais podem ter dificuldades em reconhecer e abordar a questão com as usuárias dos serviços, por causa da existência de crenças e preconceitos. Assim, esse estudo tem interesse em identificar o conhecimento compartilhado dos/as profissionais da saúde, ou seja, a representação social da violência contra as mulheres enquanto valores, crenças, mitos e pensamentos sociais.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi proposta originalmente por Serge Moscovici, na sua obra "A representação social da psicanálise", lançada em 1961. Num conceito simples e abrangente, a representação social de um objeto "é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos" (Moscovici, 1978, p. 26). Moscovici reconhece que toda representação é composta de imagens e de expressões socializadas, que realçam e simbolizam atos e situações que muitas vezes não nos são comuns.

Para Vala e Monteiro (2006), as representações sociais são resultados das interações interpessoais e dos fenômenos de comunicação ocorridos em um determinado grupo. Assim, as representações sociais buscam compreender os fenômenos que são permeados pelos aspectos sociológicos e psicológicos, em que se enquadram os conhecimentos socialmente elaborados, como as comunicações de massa e as influências sociais.

Segundo Moscovici (1978), as representações sociais não são um reflexo da realidade sobre os indivíduos, e sim uma reorganização significativa em que se estruturam o pensar, o decidir e o agir. Neste sentido, somados ao contexto social e ideológico, o espaço em que o sujeito ocupa no grupo e sua história de vida, têm-se os determinantes sociais, os sistemas de crenças e valores, que juntos constituem os componentes que influenciam na organização das representações sociais.

Ao verificar que os diferentes grupos da sua pesquisa apresentavam conceitos, explicações e avaliações divergentes do mesmo objeto, Moscovici (1978) percebeu a influência dos traços sociais e culturais característicos. No entanto, também observou que mesmo num universo de conceitos diferentes, havia elementos comuns em todos os grupos. Assim, entendeu que "as representações sociais são compostas pelas dimensões da atitude, da informação e do campo de representação ou imagem" (Moscovici, 1978, p. 67).

Para Moscovici (1978), a dimensão da atitude está relacionada com a orientação em relação ao objeto que é representado, ou seja, se há um posicionamento positivo ou negativo em relação a um objeto social. A dimensão da informação diz respeito à organização dos conhecimentos que um grupo possui sobre o objeto representado, ou seja, tem a ver com a quantidade e a qualidade de informações sobre ele, independente da fonte. A dimensão da imagem refere-se ao conteúdo concreto e limitado de um aspecto determi-

---

nado do objeto de representação.

Assim, a atuação dos/as profissionais da saúde, de uma maneira geral, pressupõe conhecimentos e posicionamentos que, algumas vezes, são anteriores à prática profissional e/ou podem ser adquiridos no dia a dia da atividade laboral. Considerando o papel fundamental dos/as profissionais na identificação, acolhimento e atenção às situações de violência, o presente trabalho teve como objetivo conhecer as representações sociais da violência contra as mulheres sob a ótica dos/as profissionais da área da saúde, investigando as percepções e sentimentos relacionados à violência, além de entender como ocorre o atendimento às mulheres em situação de violência.

## Método

O presente estudo é do tipo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, que foi realizado a partir de entrevistas individuais com profissionais da saúde. A pesquisa qualitativa, conforme Minayo (2012) consiste numa tentativa de esclarecimento e contextualização por meio da teorização que interpreta e descreve o fenômeno estudado através dos sentidos e significados dados pelo sujeito do estudo, a partir de seus valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

A pesquisa foi realizada de abril de 2018 a abril de 2019, em diversos serviços de saúde localizados em três municípios do Sertão de Pernambuco. Foram incluídos/as os/as profissionais que atuavam em algum serviço público da saúde, em um dos municípios da região previamente escolhida, maiores de 18 anos e que aceitassem participar do estudo. Após aplicação desses critérios, foi atingido um quantitativo de 28 entrevistas para serem analisadas. Ao serem convidados/as para participar, esclareceu-se o teor da investigação, sendo a participação condicionada a aceitação dos termos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta dos dados foi realizada através de questionário sociodemográfico e de um roteiro de entrevista semiestruturado. A aplicação dos instrumentos ocorreu em local reservado, nos próprios serviços de saúde, disponibilizado pelas instituições e com garantia de sigilo e privacidade para os/as participantes. O questionário teve o objetivo de conhecer os/as participantes no que se refere aos aspectos de gênero, idade, área de formação, tempo de atuação na área. As entrevistas partiram da questão norteadora: "Fale sobre a violência contra as mulheres, considerando seu conhecimento, seus sentimentos e a sua atuação diante dos casos". Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas tal como a realidade das falas.

Para análise dos dados foi utilizado o software Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que desde 2013 passou a ser utilizado em pesquisas de representações sociais. No entanto, diversas áreas passaram a usar, visto que permite diferentes formas de análises estatísticas de textos, produzidas a partir de entrevistas, documentos, entre outras fontes (Camargo & Justo, 2013).

Para análise textual da pesquisa, foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), em que os segmentos de textos são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e apresentam a variação destes de acordo com a transcrição e o tamanho do *corpus*, ou seja, o conjunto de texto que se pretende analisar. O conjunto dos segmentos é repartido em função da frequência das formas reduzidas (Camargo & Justo, 2013).

Ao dar entrada no software, cada entrevista unitariamente foi denomi-

nada Unidade de Contexto Inicial (UCI), e o conjunto de todas as entrevistas foi nomeado "*corpus* de texto". Esse *corpus* foi novamente seccionado em Unidades de Contexto Elementar (UCE), que correspondem aos segmentos de duas ou três linhas do texto original, respeitando, se possível, os limites da pontuação e de contexto semântico. Após essa segregação, as UCE foram agrupadas em classes conforme semelhança entre si e diferenças das UCE das outras classes (Camargo & Justo, 2013).

A pesquisa aqui apresentada é um recorte da pesquisa de doutoramento do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro e está em consonância com a Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas sob o parecer CAAE 83078117.6.0000.5282. Para assegurar o anonimato dos/as participantes da pesquisa, as falas serão apresentadas neste trabalho através das categorias profissionais e do gênero (F para feminino e M para masculino).

## Resultados e discussão

Foram entrevistados/as 28 profissionais, sendo 22 mulheres (78,6%) e seis homens (21,4%), com idades variando entre 22 a 58 anos ( $M = 35,1$  anos;  $DP = 9,17$ ). Quanto à escolaridade, oito tinham o ensino médio completo (28,6%) e 20 (71,4%) com ensino superior completo. Destes/as, apenas três eram pós-graduados/as (10,7%).

No que se refere à área de formação, foram quatro assistentes sociais (14,3%), três psicólogas (10,7%), sete enfermeiros/os (25%), dois biomédicos/as (7,14%), duas nutricionistas (7,14%), uma pedagoga (3,56%) e um administrador (3,56%). Os/as profissionais de nível médio foram quatro técnicos/as de enfermagem (14,3%) e quatro agentes comunitários de saúde (14,3%). O tempo de atuação na área variou de um mês a 32 anos ( $M = 7$  anos;  $DP = 9,05$ ). Em relação à situação conjugal, 14 eram solteiros/as (50%), 11 casados/as ou com união estável (39,3%), duas divorciadas (7,1%) e uma separada (3,6%).

As classes geradas pelo programa Iramuteq a partir da análise de CHD são expressas através de um gráfico, denominado Dendograma, que contém o número de UCE de cada classe e as palavras de maior  $khi^2$ , que é a variável empregada pelo software para calcular a importância das ligações entre palavras ou conjunto de palavras para o sentido da classe a qual pertence. Para melhor visualização e entendimento do Dendograma foi criada a representação esquemática "Violência contra as mulheres", apresentada na Figura 1.

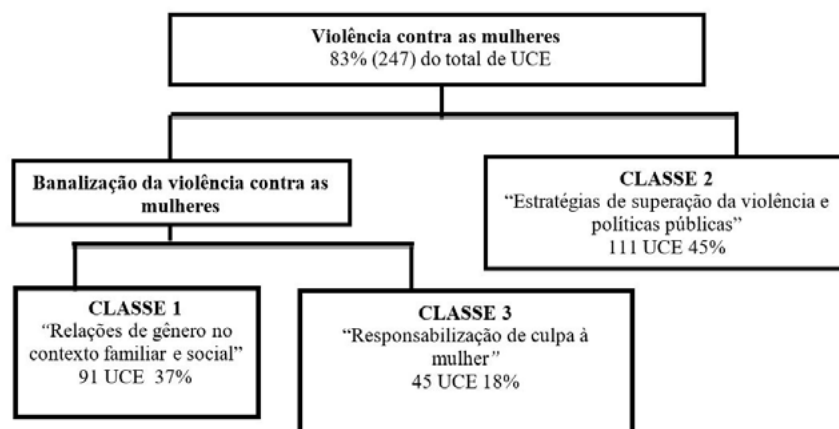


Figura 1 – Dendrograma do corpus Violência contra as mulheres.

Fonte: Elaborada pelos/as autores/as, 2020.

Foi possível perceber que o programa dividiu as UCE em dois grandes blocos temáticos, e que um desses foi segmentando posteriormente, obtendo-se a distribuição dos conteúdos em três categorias de análise. Dessa forma, as Classes 1 e 3 possuem sentidos complementares, visto que foram determinadas a partir de um eixo comum, ao passo que a Classe 2 tem sentido distinto das demais, justificando a fragmentação do eixo. A partir do conteúdo das três classes identificadas no Dendrograma, cada uma foi submetida a análise qualitativa que foram posteriormente nomeadas e ordenadas.

### Classe 1: Relações de gênero no contexto familiar e social

A palavra “marido” apresentou maior associação estatística no estudo ( $\chi^2=61$ ), sendo associada aos termos “família” ( $\chi^2=41$ ), “mãe” ( $\chi^2=38$ ), “filhos” ( $\chi^2=36$ ), “machista” ( $\chi^2=22$ ), “pai” ( $\chi^2=19$ ), “irmão” ( $\chi^2=04$ ) e “irmã” ( $\chi^2=03$ ).

Nesta primeira classe observam-se relatos ocorridos dos/as entrevistados/as, evidenciados essencialmente pelos verbos no passado (“teve”, “passou”, “viveu”, “tinha” e “começou”). Também há associação significativa de discursos sobre as características da família sertaneja, indicando que há uma influência do ambiente no qual a mulher está inserida, incluindo as relações familiares de seus antepassados, além do processo de aceitação das novas configurações das famílias, com as mulheres exercendo diferentes papéis.

Nos resultados encontrados, observaram-se elementos que sugerem um processo de vulnerabilidade social da mulher antes mesmo do casamento ou do início das situações de violência. É possível identificar esse processo nas falas a seguir, em que se observa a ausência da figura paterna e a influência de outras gerações familiares.

*Porque ela tinha um pai também que era agressor, um pai violento, e fugiu desse pai, casando. E aí, eu digo: pra fugir de um, encontrou outro (Biomedicina – F).*

*No caso também ela tem medo de criar a filha só [...], ela meio que foi criada sem pai, ela tem medo de dar a filha a mesma coisa que ela não teve também, né, que ela foi criada sem pai (Nutrição – F).*

*Porque é aquela situação: muitas vezes é aquele pensamento grotesco – se eu fui criado assim, então vai ser assim! Se meu pai foi assim com minha mãe, eu vou ser assim (Enfermagem – M).*

O contexto familiar pode ser reconhecido como um fator de proteção, mas também de risco em relação à violência doméstica. Uma família organizada, que acolhe, se comunica adequadamente e promove afeto, tem menos riscos de enfrentar o problema da violência. Segundo o documento “Orientações para a prática em serviço” do Ministério da Saúde (Brasil, 2002), é fundamental que as equipes de Saúde da Família conheçam os fatores de risco da população adstrita, para facilitar a definição de ações a serem desenvolvidas. O caderno aponta como fatores de risco, entre outros, as famílias que possuem distribuição desigual de poder, dificuldade de diálogo e descontrole da agressividade.

Esses fatores são corroborados por estudos em que se observa uma predominância de mulheres em situação de violência, principalmente com efeitos danosos à saúde. A pesquisa realizada por Leite, Amorim, Wehrmeister e Gigante (2017) aponta que os principais fatores associados à violência psicológica e física contra as mulheres estão o histórico materno de violência por parceiro íntimo, além da baixa escolaridade e do padrão de uso de drogas.

Já nos relatos a seguir, percebe-se que a desestruturação familiar segue seu caminho na mesma medida em que há uma dependência financeira. Assim, alguns/mas profissionais associam a dependência financeira da mulher à dificuldade de romper o ciclo da violência.

*Uma das questões que eu vejo como principal, que faz muitas mulheres não se separar do marido, lógico, além da dependência emocional, é a dependência financeira. Muitas mulheres não tem emprego, não tem profissão, entendeu? Não tem condição de se manter (Psicologia – F).*

*Porque a partir da dependência financeira é o que gera a violência, eu creio que sim. Tanto na minha prática profissional, como na minha vivência familiar (Psicologia – F).*

Considerando que a questão financeira pode ser um fator de risco para a

permanência da mulher em um relacionamento abusivo, fica claro nos trechos acima que os/as profissionais corroboram essa ideia. A pesquisa realizada por Holanda et al. (2018) que analisa os dados da violência na atenção primária aponta uma associação entre a escolaridade e a renda da mulher com o uso abusivo de álcool pelo agressor. Ou seja, a dependência financeira será um fator importante se correlacionado a outros. Já o estudo realizado por Souza e Rezende (2018) com profissionais da área da saúde verificou que, para as entrevistadas, a mulher geralmente não procura ajuda devido à falta de condições financeiras de se manterem, ou ainda pelo medo dos seus companheiros, que podem não ser punidos devidamente e posteriormente podem voltar a agredi-las.

No entanto, deve-se ver a questão financeira com muita cautela, para evitar a falácia de imaginar que a violência só ocorre em famílias de baixa renda, o que não é verdade. Corrêa e Benegas (2017) chamam atenção para outros fatores que são relevantes na permanência da mulher no ciclo de violência, como: a ligação afetiva e emocional com o agressor, o medo de represália do companheiro, a falta de suporte familiar e/ou de amigos e a preocupação com os filhos.

Assim, é necessário ampliar a compreensão da violência contra as mulheres como um fenômeno sociocultural, sendo fundamental para entender que, muitas vezes, é de difícil desconstrução. A naturalização da violência decorre da divisão rígida de papéis entre os gêneros, principalmente em determinados contextos, como o sertanejo.

*E eu acho que na capital as mulheres são mais independentes financeiramente do homem. [Eles] Não tem esse poder todo assim sobre elas (Enfermagem – F).*

*Às vezes muitas não vai (sic) trabalhar porque o marido já acostumou tá em casa ou porque não querem trabalhar. Porque não deixam (sic) ela trabalhar. Às vezes até querem trabalhar, mas o marido não deixa (Técnico em Enfermagem – F).*

As afirmativas dos/as entrevistados/as demonstram a intrínseca relação entre a cultura patriarcal sertaneja com a violência contra as mulheres. Para Albuquerque Júnior (2003), o sertanejo é considerado um homem viril, bravo, com capacidade de luta e enfrentamento, um valente, em defesa da honra e do bem. No estudo realizado por Bezerra et al. (2016), as profissionais de saúde entrevistadas apontam como causas da violência: as questões sociais, a cultura machista, considerada muito presente no Nordeste, além da falta de informação das mulheres sobre os seus direitos.

A invisibilidade histórica da violência contra as mulheres perdurou muito tempo ligada a fatores culturais que se estabeleceram na organização da família, sobretudo influenciados pelo modelo patriarcal e pela concepção machista de que o homem era o provedor da família e, consequentemente, a mulher e os/as filhos/as seus objetos de poder. Nos discursos foi observada a descrição de atitudes consideradas machistas.

*Eu acho que primeiramente, a expressão machismo tá muito ligado, assim, mas o que eu vejo, é a responsabilidade da formação primeira, a família, de pai e mãe (Agente Comunitário de Saúde – M).*

*Eu acho que é o machismo. Eu que mando, eu que posso, eu que trabalho. Ai muitas vezes a mulher quer trabalhar e não pode, porque o marido não deixa (Enfermagem – M).*

*Porque o homem daqui ele é muito machista. Então ele não aceita determinadas coisas. Isso é muito característico daqui (Enfermagem – F).*

A pesquisa de Dias, Santos e Rodrigues (2019) evidenciou que a representação social do homem agressor para profissionais da Estratégia de Saúde da Família está ancorada em construtos como forte, possessivo e machista, elementos considerados como ligados à ocorrência da violência contra as mulheres.

A representação social da violência contra as mulheres passa pela sua vivência histórica e familiar, em oposição às questões da sociedade atual. Assim, o ser mulher “hoje” não está mais ligado à aceitação incondicional de uma vida de violência, em comparação ao que foi vivenciado pelas antepassadas mulheres da família. No entanto, fica evidente que para os/as profissionais, a vivência de violência em outros membros da família é um fator de risco para a permanência da situação de violência atual.

Em relação à instituição família, está representada na Classe 1 pela indicação das palavras “filhos”, “pai”, “mãe”, e apresentam-se como não facilitadores no rompimento do ciclo. O que se percebe nas falas é que há um resquício do pensamento social da necessidade de manutenção da família a qualquer custo, mesmo na existência da violência.

### **Classe 3: Culpabilização da mulher**

Considerando que a Classe 3 é parte do mesmo bloco temático que a Classe 1, e que estas apresentam sentidos complementares, optou-se por discutir primeiramente esta em detrimento da sequencial que seria a Classe 2. Tem a palavra “medo” a maior relevância estatística ( $\chi^2=69$ ), associada à “denúncia” ( $\chi^2=40$ ), “falta” ( $\chi^2=26$ ), “submissão” ( $\chi^2=13$ ), “culpa” ( $\chi^2=11$ ) e “álcool” ( $\chi^2=10$ ).

Nesta classe são predominantes os discursos ligados à história da violência na vida da mulher e da família, evidenciando os motivos pelos quais a mulher permanece na situação de violência, as causas da violência, além de apontar as principais consequências no relacionamento.

Ao refletir sobre quais os motivos que levaram o agressor a cometer a violência, percebe-se que grande parte dos/as profissionais considera importante a influência do uso de substância psicoativa, principalmente o álcool. O uso do álcool passa a ser entendido como algo que vem do exterior e que prejudica o discernimento do agressor, que poderia, até então, ser percebido como uma pessoa equilibrada e sem problemas, como é ilustrado a seguir.

*O álcool né, a ingestão do álcool, a traição, o machismo [...]. A maioria é isso, né? (Serviço Social – F).*

*Outro motivo que é o efeito do álcool, que na maioria das vezes tem o álcool no meio. Cúme, o álcool... (Enfermagem – M).*

Os trechos destacados acima corroboram as pesquisas já mencionadas,

---

como a de Holanda et al. (2018) e a de Leite et al. (2017), que apontam o uso abusivo de álcool e outras drogas pelo agressor como um dos fatores para a violência contra as mulheres.

Nos depoimentos a seguir, evidencia-se a relação da mulher com o companheiro, compreendida como de submissão. Também foi apontado o sentimento de vergonha, principalmente em terminar um relacionamento e ter que informar que o motivo foi a violência sofrida durante o casamento.

*A mulher se aceita como submissa na relação. É submissa porque acha que tem que ser, porque aprendeu com a mãe, que aprendeu com a vó (Serviço Social – F).*

*Mas se da primeira vez aconteceu, e a mulher baixou a cabeça e permitiu uma segunda, uma terceira vez, vai ser para o resto da vida. Aí eu acho que o erro tá nela, em aceitar viver sendo submissa (Biomedicina – M).*

*Emuitas não vai (sic) por vergonha, com medo, com vergonha de ir no hospital fazer corpo de delito, e o povo dizer na rua, e não sei o quê... (Técnico em Enfermagem – F).*

Na pesquisa realizada por Silva e Gomes (2018) com discentes de Enfermagem, os/as participantes apontaram que a mulher precisa agir e lutar contra a violência, ao mesmo tempo em que ressaltaram que a mulher pode se sentir impotente para romper com o ciclo de violência, ou até mesmo que algumas se submetem à situação por escolha. Para Acosta et al. (2018), a submissão demonstra a manutenção da imagem da mulher como sujeita ao homem, sendo fruto das questões culturais. Neste sentido, pode-se compreender a passividade como um modelo social de comportamento esperado da mulher em relação ao homem, o que pode estar vinculado à dependência financeira e emocional, bem como à sustentação do núcleo familiar.

No que se refere às motivações para as mulheres não denunciarem os agressores, ou ainda retomar o relacionamento, mesmo após a denúncia, os/as profissionais evidenciam o medo das mulheres, principalmente que eles possam fazer algo ainda pior.

*Medo do agressor, né? Sei lá, medo de quando ele sair um dia. Acho que medo desse homem não aceitar o término da relação. Acho que isso (Nutrição – F).*

*Eu acho que deve ser medo. Medo de... Tem medo de que o que acontecer, é a morte. Eles ameaçam, porque tem uns casos de ameaça, né?(Agente Comunitário de Saúde – F).*

A pesquisa de Souza e Rezende (2018) já mencionava o medo que as mulheres relatam de seus companheiros, pois estes após serem denunciados, mas não punidos devidamente, podem voltar a agredi-las, aumentando, inclusive, a intensidade das agressões, conforme o ciclo de violência proposto por Meneghel (2015).

Nos depoimentos a seguir, os/as profissionais discorrem sobre as

percepções dos comportamentos das mulheres que consideram como desencadeadores das situações de violência.

*Tem mulher que muitas vezes briga com o marido, aí o cara vai tá aqui no bar, tomando uma, sentado com um amigo, pra tentar esfriar a cabeça, aí a mulher vai para o bar de frente, com uma roupinha bem curtinha, pra provocar (Enfermeiro – M).*

*[Ela] Fez a denúncia. Ela foi até à Delegacia, né, abrir o B.O. Só que depois ela retirou a queixa. O que várias mulheres fazem, né? Então, a culpa é dela, né, quando retira a queixa... (Nutrição – F).*

No processo de culpabilização da mulher, a pesquisa realizada pelo Datafolha junto com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2016) mostrou que 85% das mulheres no Brasil alegam ter medo de sofrer violência sexual. No Nordeste este percentual aumenta para 90%. Concomitantemente, 42% dos homens concordam com a afirmação: “Mulheres que se dão ao respeito não são estupradas”. A crença de que a culpa pelo estupro é da vítima é ainda maior entre a população mais velha, com baixa escolaridade e em municípios de pequeno porte.

Percebe-se que os pensamentos como esses baseados no senso comum são corriqueiros, pois a sociedade ainda culpabiliza as mulheres pelas atitudes dos homens, ou seja, as vítimas são consideradas responsáveis pela violência que sofrem. A pesquisa realizada com enfermeiras por Acosta et al. (2018) concluiu que as profissionais possuem uma visão centralizada na culpabilização da vítima, bem como nos agravos físicos, negligenciando outros aspectos da violência.

Dessa forma, a Classe 3 diz respeito ao modo como os/as profissionais compreendem os comportamentos das mulheres na construção do que é ou não considerado como violência. O que se percebe é que muitas vezes as representações da violência contra as mulheres estão ancoradas numa história familiar dos/as entrevistados/as, e pode representar a dimensão atitudinal da representação social.

## **Classe 2: Estratégias de superação da violência e políticas públicas**

Essa Classe tem a palavra “mulher” com maior força de associação estatística ( $khi^2=59$ ), seguida das palavras “você” ( $khi^2=45$ ), “lei” ( $khi^2=35$ ) “situação” ( $khi^2=22$ ), “encaminhamento” ( $khi^2=12$ ), “serviços” ( $khi^2=8$ ) e “políticas” ( $khi^2=5$ ). Desta classe emergem depoimentos de caráter crítico e reflexivo acerca dos acolhimentos e atendimentos realizados às mulheres em situação de violência, atribuindo possíveis causas que, na opinião dos/as profissionais, foram fatores determinantes para a superação da violência. Além disso, são feitas reflexões sobre as políticas públicas e os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência.

Durante a realização das entrevistas, ficou claro que, de maneira geral, apesar da constatação da existência do machismo, os/as profissionais também vislumbram possibilidades para a superação da violência. Para tal, é fundamental compreender que houve uma evolução na garantia dos direitos das mulheres, sobretudo no acesso à educação e ao emprego, o que proporciona a independência financeira.

---

*A mulher antes era instruída... Assim, pra não ter atitude de separar. Tá sendo agredida, tá sendo violentada, não! Tem que viver, porque minha vó viveu, minha mãe viveu, isso aí mudou (Enfermagem – M).*

*Hoje em dia elas são mais independentes, busca mais independência. Não aceita mais submissão, como era antigamente. Assim, eu falo da época dos meus avós, e vejo hoje da minha mãe, e das minhas amigas. Mais independência mesmo, não aceita mais violência (Biomedicina – M).*

*A independência financeira. A mulher contribui na renda financeira. Essa independência eu acho muito bom. Antes a mulher era só um objeto, um pedaço de carne (Técnico em Enfermagem – F).*

Pode-se entender que a independência financeira tem um papel importante na emancipação e na autonomia das mulheres. Com isso, as mulheres passam a ter mais oportunidades de melhorar sua condição de vida, bem como de reduzir as desigualdades entre os gêneros, o que pode proporcionar a diminuição do envolvimento e da permanência em situações de violência.

Durante as entrevistas foram encontradas diversas declarações acerca da importância da educação, incluindo as noções de conversar, orientar, cuidar e acolher. Nesta perspectiva, foram encontradas declarações que afirmavam a importância das ações de divulgação dos serviços.

*Se divulgasse mais em rádio, um programa que falasse sobre o assunto, né? Eu acho que as mulheres que estariam dentro de casa sofrendo, iam aos poucos, escutando ali a rádio, ia vim na cabeça: “Meu Deus, será que realmente é isso que eu preciso pra minha vida? Será que eu não consigo viver sem esse homem, sem esse agressor?”. Acho que precisa mais de divulgação dos serviços, das mulheres saber (sic) que elas têm onde procurar ajuda (Biomedicina – M).*

*Eu acho que tem pouca divulgação do que realmente é a Lei, e também o povo tem muito entendimento de que a Lei não funciona – e realmente não funciona, né? Eu acho. Em alguns casos ela até funciona, mas de forma geral, não. Então deveria divulgar melhor os serviços que existem (Serviço Social – F).*

Nesse sentido, é importante esclarecer que os/as profissionais de saúde também devem conhecer a rede de serviços de atendimento. Assim, poderão desempenhar seus papéis na atenção à mulher em situação de violência. É necessário avaliar a estrutura doméstica, o histórico de saúde e de vivências, além de auxiliar a compreender e enfrentar o cotidiano que envolve a violência. No entanto, pode-se perceber a dificuldade dos/as profissionais em reconhecer os serviços que prestam atendimento às questões da violência contra as mulheres.

*Tem o CREAS. É porque essa parte social eu não sou muito... Mas tem um local de assistência à criança, à mulher e adolescente. Eu acho que é mais nessa parte social, eu não sei se é o CREAS. Eu me confundo. Mas tem, tem uma unidade em cada cidade (Enfermagem – F).*

*Eu não conheço nenhum serviço. Eu acho que, assim, nosso sistema de saúde, principalmente, eu não conheço muito bem assim... Às vezes a gente trabalha meio que isolado, né, das outras [áreas]... A gente não tem assim um trabalho intersetorial, interprofissional (Enfermagem – F).*

O Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) é, de fato, um serviço importante no acolhimento e acompanhamento das situações de violência. Porém, é interessante perceber que mesmo os/as profissionais que atuam em serviços como o hospital, onde são realizados os exames de corpo de delito, não reconhecem o serviço como sendo um órgão para atendimento das mulheres. Assim, poucos/as profissionais mencionam algum tipo de serviço da saúde como local para as mulheres procurarem ajuda. Os mais citados foram o CREAS e a Delegacia.

No que se refere ao conhecimento das legislações específicas, como a Lei Maria da Penha e a lei de notificação compulsória, os/as profissionais também evidenciaram a falta de informação.

*Eu só sei que ela [a Lei Maria da Penha] protege a mulher contra a violência física, e acredito que a verbal também. Não tenho muito conhecimento. [...] Não, nunca, nunca vi [a ficha de notificação]. Nem sabia [risos] (Enfermagem – M).*

*Não. Eu acho que não [conhecer a lei] (Técnico em Enfermagem – F).*

Esse desconhecimento pode afetar a identificação, o atendimento e a notificação dos casos de violência contra as mulheres. A pesquisa de Souza e Rezende (2018) também apontou a falta de conhecimento dos documentos para orientação técnica, além de mencionar a defasagem da formação profissional sobre as questões de gênero e violência.

Em relação aos atendimentos e encaminhamentos realizados, muitos/as profissionais da saúde relataram nunca ter recebido mulheres em situação de violência nos serviços. Em situações hipotéticas, também demonstram que teriam dificuldades em realizar o atendimento de maneira satisfatória, principalmente por desconhecer a rede.

*Onde ir buscar ajuda, eu não tenho... Eu não sei direcionar, delegacia, hospital... Não sei. Aqui é mal divulgado (Biomedicina – F).*

*Eu mandaria ela ir procurar o CRAS de sua área de abrangência, e de lá, eu acredito que eles encaminhem pra Assistência [social] e pra algum órgão, né? Ou então pra própria delegacia, pra*

---

*fazer algum parecer... Eu não sei, mas eu encaminharia, se ela não quisesse fazer a denúncia assim logo, eu mandaria pro CRAS, que lá tem assistente social, tem psicólogo pra conversar, tem tudo, né? Pra ela ver como o que ela quer (Biomedicina – M).*

*Porque você, você precisa de uma rede toda de saúde, de segurança pública, da coisa da assistência social, que a maioria das mulheres são (sic) mulheres mesmo pobres, que não tem pra onde ir. Ela vai deixar, sair da casa e vai pra onde, né? Então eu acho que a gente não tem, a gente tem assim, coisas soltas, locais soltos, em que se você chegar podem até ser solidários com você até certo ponto, mas que não existe, né, um encaminhamento, pelo menos não aqui no sertão (Enfermagem – F).*

Bezerra et al. (2016) identificaram também que há uma dificuldade das profissionais em atuar diante dos casos, que pode ser um reflexo do desconhecimento do que é violência. As pesquisadoras concluem que a falta de capacitação pode tornar a situação crítica para as mulheres em situação de violência, inclusive com a reprodução da violência.

Em consequência dessa falta de informações, os/as profissionais podem não reconhecer as situações de violência, e também não identificar que determinados sintomas podem ter correlação com a violência, principalmente questões de saúde mental. Por isso é fundamental que os/as profissionais ampliem o olhar para a violência e seus impactos na saúde das mulheres.

*Ele foi preso por Maria da Penha, né, porque ele bebia, e aí quando ele bebia, batia nela. Hoje ela se cansou, hoje ela tem transtorno mental, e aí, ela se cansou, e deu parte dele, e ele foi preso. [...] E hoje a gente atende ela, e ela tem n problemas, ela toma muita medicação, tá entrando num processo psicótico, é um caso muito complicado. Mas ela diz: “Eu não sei o que é que me prende, eu não sei como...” E aí a gente tá tentando ver o que pode fazer quanto isso aí, mas é um processo difícil (Psicologia – F).*

*Teve uma paciente da Policlínica, já de seus 40 e tantos anos, muito deprimida, e eu comecei, eu disse: “Tem alguma coisa”. Aí eu comecei a investigar, eu descobri no caso um abuso sexual. De familiares. [...] Porque ela já tava na medicação e com problemas de saúde, inclusive obesidade, problema cardíaco (Psicologia – F).*

O impacto da violência na saúde mental das mulheres é expressivo, pois um grande número de mulheres em situação de violência utilizam os serviços. A pesquisa realizada por Pedrosa e Zanello (2016) aponta que apesar da violência ser relatada com frequência pelos/as profissionais de um serviço de saúde mental, não há notificação nem encaminhamento para outros serviços disponíveis da rede, exceto em casos muito graves. Assim, é necessário que os/as profissionais que atuam na atenção à saúde mental tenham conhecimentos e se sintam capacitados/as para atender os casos.

Por fim, os/as profissionais apontaram quais políticas públicas poderiam ser implantadas para ajudar no enfrentamento da violência, bem como ações ou projetos.

*Então eu acho que de política pública é dar poder pra mulher estudar, pra mulher crescer, e dar oportunidades, porque isso ajuda muito a ter essa proteção (Biomedicina – F).*

*Efetivação de políticas públicas, porque mulheres continuam morrendo. Prevenção, orientação sobre direitos, onde denunciar, e observar que a violência psicológica já é violência, com expressões e gestos (Serviço Social – F).*

*Além de efetivar realmente o trabalho do CREAS, que pelo que eu vejo não funciona, poderia se criar mais... Mais não, poderia se criar um Centro de Atenção à Mulher, específico. Mas... Pro (sic) homem poderia existir também grupos, quem sabe, de apoio (Serviço Social – F).*

Diante de todos esses aspectos relacionados em virtude desse contexto de violência contra as mulheres, a Classe 2 aponta para a dimensão imagética da representação social, em que se evidencia um conteúdo concreto e limitado de um aspecto determinado do objeto. A principal imagem evocada é que a mulher não tem um lugar específico para procurar ajuda, e as leis não são cumpridas devidamente. Além disso, não há uma divulgação dos serviços, nem políticas públicas efetivas para a emancipação das mulheres, sobretudo, aquelas que têm a educação como base para a posterior independência financeira das mulheres.

## Considerações finais

A análise das representações sociais da violência contra as mulheres para os/as profissionais da saúde suscita a compreensão que as vivências marcam as formas de pensar, sentir e agir desses sujeitos. Assim, muitos/as profissionais apontam situações de violência dentro da própria família, por vezes considerando que a violência contra as mulheres é algo comum e corriqueiro — que foi possível ser visto a partir das análises das Classes 1 e 3.

Ademais, dois elementos são importantes para a análise da representação social da violência contra as mulheres. O primeiro diz respeito à lógica machista ainda presente na sociedade, que pode ser percebida em concepções como a atenuação da responsabilidade do agressor por não estar no exercício pleno da consciência, neste caso, sob o efeito de álcool ou outra droga. Em segundo lugar, a mulher é considerada como responsável pela violência, porque provocou o homem, neste caso, porque não cumpriu com seus deveres de esposa e de mãe, ou porque se comportou de maneira reprovada socialmente, o que pode naturalizar a violência, ou seja, determinados fatos podem ser considerados como “normais” para estes sujeitos.

Não se pode negar que o tema da violência contra as mulheres tem cada vez mais instigado a sociedade a se reposicionar e, conseqüentemente, há interferência direta na constituição e na manutenção das representações sociais. Assim, a Classe 2 identifica a importância do elemento “serviço” na re-

apresentação social. Seja porque realizam os atendimentos nos serviços em que atuam, seja porque não se reconhecem como parte da rede de atendimento, ou ainda porque desconhecem a rede de apoio existem nos municípios, os/as profissionais apontam que a rede de serviços precisa ser efetivada e divulgada para a população, e até para eles/as mesmos/as.

Como verificado ao longo da análise, na representação social da violência contra as mulheres percebe-se que há resquícios de uma construção socio-cultural, em que as desigualdades entre os gêneros eram mais acentuadas, expressas por papéis pré-determinados e fixos. A visualização da mulher como esposa e mãe teve como consequência a lenta inserção das mulheres nos espaços públicos e ao acesso aos direitos básicos, como educação, trabalho e renda. Desta forma, o presente estudo poderá contribuir para subsidiar novas práticas de abordagem à mulher em situação de violência, bem como sua família, tendo em vista que um serviço de saúde preparado para lidar com o fenômeno constitui-se um importante aliado na superação da violência.

Apesar de este estudo apresentar limitações por trazer poucos sujeitos na sua composição e análise, demonstra que há um campo profícuo de pesquisas a serem feitas, ou seja, estudos que coloquem os/as profissionais da saúde como sujeitos importantes para identificação, acolhimento e atendimento das mulheres em situação de violência. Para superar a violência contra as mulheres, a rede de saúde precisa firmar o compromisso de ser parte da rede de enfrentamento da violência, garantindo a autonomia e a efetividade dos direitos das mulheres.

## Referências

- Acosta, D. F., Gomes, V. L. O., Oliveira, D. C., Marques, S. C., & Fonseca, A. D. (2018). Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 39: e61308. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>.
- Albuquerque Júnior, D. M. de. (2003). *Nordestino: uma invenção do falo* – Uma história do gênero masculino (Nordeste – 1920/1940). Maceió: Edições Catavento.
- Bezerra, J. F., Silva, R. M., Cavalcante, L. F., Nascimento, J. L., Vieira, L. J. E. S., & Moreira, G. A. R. (2016). Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, 29(1), 51–59. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p51>.
- Brasil. (1996). Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Brasília: Casa Civil.
- Brasil. (2002). *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Cadernos de Atenção Básica nº 8. Brasília: Ministério da Saúde.
- Camargo, B. V. & Justo, A. M. (2013). *Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ*. Universidade Federal de Santa Catarina [Internet]. Recuperado de: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>.
- Corrêa, M. & Benegas, M. (2017). Violência Doméstica, Empoderamento Feminino e a Dinâmica do Divórcio. In: *Anais... 8º Encontro Caen-EPGE*. Fortaleza: UFC. Recuperado de: <https://caen.ufc.br/wp-content/uploads/2017/10/violencia-domestica-empoderamento-feminino-e-a-dinamica-do-divorcio.pdf>.
- Datafolha. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2016). *Percepção sobre violência sexual e atendimento a mulheres vítimas nas instituições policiais*. São Paulo: FBSP. Recuperado de: [https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/01/FBSP\\_Policia\\_precisa\\_falar\\_estupro\\_2016.pdf](https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/01/FBSP_Policia_precisa_falar_estupro_2016.pdf)
- Dias, G. A., Santos, J. C. V., & Rodrigues, V. P. (2019). Representação social sobre ser homem no contexto de violência doméstica contra a mulher para profissionais da Saúde da Família. In: *Anais... 71ª Reunião Anual da SBPC*. Campo Grande: UFMS. Recuperado de: [http://reunioessbpc.org.br/campogrande/inscritos/resumos/3779\\_16fdb0efbbf5ef7f3b5654a-a0077c2523.pdf](http://reunioessbpc.org.br/campogrande/inscritos/resumos/3779_16fdb0efbbf5ef7f3b5654a-a0077c2523.pdf)
- Holanda, E. R., Holanda, V. R., Vasconcelos, M. S., Souza, V. P. & Galvão, M. T. G. (2018). Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, 31(1), 1-9. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6580>.
- Leite, F. M. C., Amorim, M. H. C., Wehrmeister, F. C., & Gigante, D. P. (2017). Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 51: 33. doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006815>.
- Meneghel, S. N. (2015). Ciclo da Violência. In: E. Fleury-Teixeira, & S. Meneghel (Orgs.). *Dicionário Feminino da Infância* (pp. 61-63). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & saúde coletiva*, 17(3), 621–626. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência, USP. Recuperado de: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>.
- Organização Pan-americana de Saúde (2015). *Estratégia e Plano de Ação para o Reforço do Sistema de Saúde para Abordar a Violência contra a Mulher*. Washington: OPAS. Recuperado de: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18386/CD549Rev2\\_por.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18386/CD549Rev2_por.pdf?sequence=9&isAllowed=y).
- Pedrosa, M. & Zanello, V. (2016). (In) visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 32, 1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>.
- Silva, C. D. & Gomes, V. L. O. (2018). Violência contra a mulher: dimensões representacionais de discentes de enfermagem. *Rev. Enferm. do Centro-Oeste Mineiro*, 8: e2528. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2528>.
- Slutkin, G. (2017). Reduzir a violência como a próxima grande conquista da saúde pública. *Nat Hum Behav*, 1, 0025. doi: <https://doi.org/10.1038/s41562-016-0025>.
- Souza, T. M. C. & Rezende, F. F. (2018). Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. *Est. Inter. Psicol.*, 9(2), 21-38. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v9n2/a03.pdf>.
- Vala, J., & Monteiro, B. (2006). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

## O louco infrator: das velhas práticas aos novos modos de atenção e cuidado

*The crazy infrator: from old practices to new ways of attention and care*

**Raianne Couto<sup>1</sup> e Cristiane Santos de Souza Nogueira<sup>2</sup>**

**Resumo:** Através do encontro entre loucura e o cometimento de um crime se constata o surgimento de um duplo estigma atribuído ao louco infrator, que se configura enquanto uma suposta justificativa para a exclusão social destes sujeitos. Este trabalho discute a temática da loucura e crime, perpassando as velhas práticas de tratamento do louco infrator no campo jurídico, a partir do século XVIII até o período contemporâneo. Para tanto, apresenta conceitos que tangenciam o percurso do louco infrator da modernidade à contemporaneidade, tais como periculosidade, inimputabilidade e medida de segurança. Apresenta o PAI-PJ enquanto experiência protagonista e exitosa que surge enquanto proposta no campo da Justiça para abordar o paciente judiciário. Sublinha-se a clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT) enquanto possibilidade de efetivar a Reabilitação Psicossocial, a partir da articulação do campo jurídico com a rede de saúde mental e com os dispositivos da rede intersetorial, promovendo a inserção, o pertencimento e a cidadania do louco infrator. O procedimento metodológico utilizado refere-se ao método qualitativo de pesquisa. Para corroborar na metodologia utilizou-se a pesquisa bibliográfica. Vale salientar que este tema foi escolhido a partir da experiência enriquecedora como estagiária desenvolvida no PAI-PJ da comarca de Itaúna (Minas Gerais).

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico; PAI-PJ; Reabilitação Psicossocial.

**Abstract:** Through the encounter between madness and the commission of a crime, the emergence of a double stigma attributed to the crazy offender, which is configured as a supposed justification for the social exclusion of these subjects. This work discusses the theme of madness and crime, going through the old practices of treating the crazy offender in the legal field, from the 18th century to the contemporary period. To this end, it presents some concepts that touch the path of the crazy violator of modernity to contemporary times, such as dangerousness, non-accountability and security measure. It presents the PAI-PJ as a protagonist and successful experience that emerges as a proposal in the field of Justice to address the judicial patient. The Therapeutic Accompaniment (TA) clinic is highlighted as a possibility to carry out Psychosocial Rehabilitation, based on the articulation of the legal field with the mental health network and the devices of the intersectoral network, promoting the insertion, belonging and citizenship of the crazy offender.

Keywords: Therapeutic Accompaniment; PAI-PJ; Psychosocial Rehabilitation.

<sup>1</sup> Bacharel em Psicologia pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), Psicóloga. E-mail: raycouthotmail.com

<sup>2</sup> Psicóloga, Mestre em Psicologia pela PUC Minas, Especialista em Psicanálise e Direito pelo Centro Universitário Newton Paiva, Especialista em Atenção a usuários de álcool e outras drogas no SUS pela FHEMIG/ISEIB, Especialista em Educação permanente em saúde pela UFRS, Professora Universitária, Conselheira do XVI plenário do CRP MG, Coordenadora da Rede Saúde Mental no município de Itaúna-MG.

---

## Introdução

Os caminhos percorridos na história da loucura denunciam o modo como o portador de sofrimento mental teve seu lugar social marcado pela segregação, sendo lançado em um espaço destinado aos marginalizados, produtores da desordem e do desconforto social. Até o século XVIII o sujeito nomeado como louco compartilhava os espaços comunitários e a loucura era entendida a partir de um enfoque mitológico, bem como, de uma visão meramente orgânica. No século XVIII, especialmente, a loucura deixa de ser compreendida sob esta perspectiva para ganhar o status de patologia. Essa mudança passou a justificar a exclusão daqueles percebidos como insanos. (Foucault, 1991)

Já no século XIX o isolamento passou a funcionar como o modo hegemônico para tratar a loucura. As instituições de controle surgem então para responder a uma demanda da sociedade e não do sujeito. Na observância desse fenômeno, é possível pensar sobre o modo como no desenrolar temporal da modernidade, o chamado louco teve sua voz emudecida e sua singularidade apagada por muito tempo da história. Ao pensar o encontro da loucura com o cometimento de um crime a problemática da exclusão social torna-se mais complexa. A loucura, em seu percurso histórico, parece estar intrinsecamente atrelada à ideia de periculosidade, havendo uma atribuição do perigo à condição de ser louco. Quando o crime é de fato cometido é como se o estigma de ser louco fosse agora ainda mais acentuado pelo de ser infrator, constituindo assim o que podemos chamar de duplo estigma. (Barros-Brisset, 2010a)

Portanto, este artigo pretende discutir o tema do encontro da loucura com o crime, perpassando as velhas práticas de tratamento do louco infrator no campo jurídico, a partir do século XVIII até o período contemporâneo. Além disso, como a discussão dessa temática é perpassada pelo atravessamento de múltiplos saberes, torna-se fundamental a apresentação de conceitos que tangenciam o discurso do Direito e da Psicologia, como: periculosidade, inimputabilidade e medida de segurança.

Para adentrar nas novas formas de atenção e cuidado desses sujeitos na atualidade será apresentada a Reforma Psiquiátrica no Brasil que se constituiu como um terreno fecundo para o surgimento de novas propostas de cuidado ofertados a loucura. Nesse sentido, será apresentado o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), bem como, a proposta da reabilitação psicossocial e a clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT), muito utilizada pelo PAI-PJ, como formas de transpor o processo da exclusão.

Analisando o contexto explicitado acima, este trabalho se justifica pela oportunidade de compreender como se configuram as novas formas de acompanhamento do louco infrator, desmistificando ideias que sugerem a existência de indivíduos intrinsecamente perigosos e por isso, sem qualquer possibilidade de vivência em sociedade. Ao adentrar nas novas formas de atenção e cuidado será comprovada a possibilidade de modos de intervenção mais humanizados que se atêm à singularidade de cada caso e são assim capazes de gerar autonomia e fortalecimento do laço social em sua dimensão cidadã.

## Método

O procedimento metodológico utilizado para a construção deste artigo refere-se ao método qualitativo de pesquisa. Para corroborar na metodologia utilizou-se a pesquisa bibliográfica como modo de traçar o quadro histórico

que embasa este trabalho. Através da linha do tempo delineada, buscou-se criar um terreno sólido para então adentrar nas novas práticas de atenção e cuidado. Assim, é possível conhecer o tratamento ofertado ao louco infrator em diversos períodos da história, caminhando para uma compreensão abrangente do lugar social ocupado por este sujeito. Trilhando tal caminho chega-se então aos modos de cuidado ofertados na contemporaneidade. Vale salientar que este tema foi escolhido a partir da experiência enormemente enriquecedora como estagiária desenvolvida no PAI-PJ da comarca de Itaúna (Minas Gerais). Sendo o PAI-PJ um dos mecanismos apontados como avanço na oferta de cuidado para estes sujeitos. Nesse sentido, em todo o artigo encontra-se além da pesquisa bibliográfica percepções que são advindas de um trabalho prático que despertou o desejo de explorar tal temática.

## Breve recorte histórico da visão jurídica sobre o louco infrator

O percurso histórico traçado a partir do século XVIII possibilita perceber que Psiquiatria e Justiça construíram conjuntamente o duplo estigma do louco infrator, atribuindo a periculosidade à loucura. Diante disso, é relevante apresentar brevemente o desenrolar histórico que dirá como se constituiu a visão do louco infrator no campo jurídico, para assim, alcançarmos uma maior compreensão de como se dá o olhar da Justiça lançado ao louco infrator atualmente.

Pinel, no século XVIII, ao apresentar a ideia da loucura enquanto déficit moral abriu caminho para o nascimento e intervenção da Psiquiatria como uma forma de controle do sujeito. Os chamados loucos no século XVIII “[...] vão sair das prisões, torres e casas de força e vão para os hospitais gerais. Tornam-se assunto para os médicos” (Barros-Brisset, 2011, p. 44). Nesse sentido, quando a Psiquiatria protestou para si o direito de intervir na loucura em seu encontro com o crime, ela passou a nortear seus trabalhos a partir de um ideal de higiene pública, alcançando assim grande reconhecimento na sociedade daquele tempo. Cabe assinalar que são as ideias de Pinel que vão de fato enlaçar a loucura à periculosidade.

Pinel não fez nenhum esforço para separar a loucura da delinquência; ao contrário, foi ao classificar o doente mental como aquele que traz em si um déficit moral intrínseco, em razão das lesões deficitárias permanentes que o fazem portador de um mal moral, que amarrou definitivamente, no plano conceitual, uma coisa a outra. A ideia da delinquência passou a ser identificada como uma característica da loucura. (Barros-Brisset, 2011, p. 47).

Assim, cabe assinalar, que as ideias propostas por Pinel atingiram tão diretamente o sistema jurídico da época que provocaram alterações no Código Penal da França em 1810 e posteriormente em vários outros locais da Europa e das Américas. Surgiu neste contexto a proposta de exames periciais para dizer do e pelo sujeito. É neste momento, no início do século XIX, que a Psiquiatria surgiu atrelada ao Direito. (Gomes, 2013)

Ainda no século XIX os crimes altamente assustadores, hediondos e supostamente sem alguma motivação eram creditados à loucura. Foucault (2006) aponta sobre “[...] uma loucura que só teria por sintoma o próprio crime

---

[...]” (Foucault, 2006, p. 7). A Psiquiatria e suas práticas produziram como fruto essa ideia de uma loucura que só se revelava em crimes monstruosos, nomeada de monomania homicida, que foi “[...] o ponto de partida para a concepção da noção de indivíduo perigoso, cujo processo se desenvolveu ao longo de 100 anos para se estabelecer no corpo conceitual das práticas jurídicas” (Barros-Brisset, 2011, p. 38).

A Psiquiatria passou então a realizar estudos sobre a gênese da loucura. Em meados do século XIX ela era concebida enquanto um estado doentio que acarretava grande perigo para a vivência em sociedade, estando atrelada às más condições de vida e percebida como um fenômeno hereditário. Tais ideias foram apontadas por Morel, médico psiquiatra, posterior a Pinel, e receberam o nome de teoria da degeneração. Gomes (2013) afirma que com a teoria de Morel o saber psiquiátrico “[...] pôde, então, deixar de lado a promessa de cura e começar a dirigir seus esforços para as propostas de prevenção e precaução” (Gomes, 2013, p. 86).

Já no final do século XIX, Lombroso, renomado médico psiquiatra e antropólogo, propôs que delinquência e loucura poderiam ser localizadas a partir de determinados sinais na mente e no corpo do indivíduo. Este autor nomeou estes sujeitos como criminosos natos e afirmou que estes indivíduos teriam maior propensão a cometer crimes, ou seja, eles tenderiam ao crime. (Lombroso, 1876-2007)

Barros-Brisset (2011) aponta que com Lombroso “[...] não havia mais diferença entre demência e delinquência. Só havia demência, o delinquente é um doente que precisaria mais de médicos do que do direito penal” (Barros-Brisset, 2011, p. 46). Nesse sentido, a partir das ideias lombrosianas passa-se de fato a acreditar que as características que permitiam identificar o criminoso e/ou o louco eram transmitidas de modo genético e o isolamento seria a forma ideal de conduzir o tratamento de todo e qualquer tipo de demência e de livrar a sociedade dos perigos dela advindos. (Gomes, 2013)

Aprofundando-se no trabalho de Lombroso, o criminologista Raffaele Garófalo, contribuiu enormemente para a construção da criminologia do século XX, se preocupando em caracterizar o Direito enquanto um instrumento de defesa social. Tavares (2015) ao resgatar as pesquisas de Raffaele Garófalo afirma que para este autor “[...] o crime não é nunca o efeito direto e imediato de circunstâncias exteriores; existe sempre no indivíduo; é sempre a revelação de uma natureza degenerada. O delinquente é, pois, um portador de anomalia do sentimento moral” (Tavares, 2015, p. 2). As ideias propostas por Garófalo apontam para a continuação da ideia de defesa social a partir do banimento daqueles indivíduos considerados como perigosos e ameaçadores da ordem social. Pinel, Morel e Lombroso, bem como Garófalo, traçaram uma linha de pensamento que impactou não só o tratamento da loucura pela Psiquiatria da época, mas também a forma como os juristas passaram a conduzir os casos onde havia um encontro entre adoecimento mental e o cometimento de um crime. (Foucault, 2006)

No século XX a Psiquiatria já não intervinha somente nos grandes e mais assustadores crimes, mas também em todos os tipos de infrações. Barros-Brisset (2011) afirma que no século XX já com a ideia da periculosidade atrelada à loucura e incorporada no sistema jurídico “[...] o direito deveria apresentar um mecanismo especial para tratar o indivíduo perigoso, separando-o da sociedade até cessar a sua periculosidade em nome da defesa social” (Barros-Brisset, 2011, p.46-47). A proposta da noção de indivíduo perigoso, depois de quase 100 anos, ganha de fato as práticas jurídicas. Essa ideia, somada a de defesa social, garantiu uma aliança duradoura entre Psiquiatria e Direito.

Daí surge “[...] uma nova tecnologia de controle desses casos: a medida de segurança - uma precaução ao estado perigoso do indivíduo portador do déficit moral. Sua internação é por tempo indeterminado e é assim até os dias de hoje” (Barros-Brisset, 2011, p.47).

Portanto, para melhor compreender o tema, torna-se necessário uma breve apresentação de alguns conceitos que tangenciam o percurso do louco infrator da modernidade à contemporaneidade, sendo eles: periculosidade, inimputabilidade e medida de segurança.

### **Apresentação e discussão de alguns conceitos fundamentais: periculosidade, inimputabilidade e medida de segurança**

Como é possível observar através do percurso histórico traçado, a questão da periculosidade atrelada à loucura rendeu desdobramentos que dizem de um suposto modo de tratar calcado na segregação. Essa lógica de separação conduziu a loucura por um caminho cercado por intervenções desumanas e por uma história marcada pela patologização de comportamentos considerados diferentes. Sendo assim, é evidente que a questão da periculosidade produz um significado muito específico para o tratamento social ofertada ao louco infrator.

A presunção da periculosidade do louco lhe garante uma pena dupla: ele é penalizado pelo seu crime e por sua condição de ser, ou seja, o louco, simplesmente por ser louco, carrega consigo a presunção estigmatizante da periculosidade intrínseca. Nesse sentido, os crimes cometidos por loucos são punidos visando não só sua ação, mas também sua condição de ser, de existir. Barros-Brisset (2010a) pontua sobre como a presunção da periculosidade do louco infrator está posta no campo jurídico quando afirma que “[...] no rigor do Código Penal brasileiro, apenas a alguns indivíduos cabe atribuir a presunção de periculosidade, a saber, àqueles que forem considerados, no momento do cometimento do ato/crime, portadores de alguma patologia mental” (Barros-Brisset, 2010a, p. 20).

Como assinalado, a periculosidade atribuída ao louco infrator é, juridicamente, uma denúncia da probabilidade de que esse sujeito cometa mais facilmente novos crimes e é por isso que estes indivíduos são submetidos a outra forma de sanção penal que é a medida de segurança. No entanto, antes de apresentar e discutir a medida de segurança cabe pensar sobre a inimputabilidade enquanto uma forma de provar juridicamente que o sujeito nomeado como louco é incapaz de responder por seus atos e de fato intrinsecamente perigoso, por isso deve estar literalmente preso à Justiça por quanto tempo a mesma julgar ser necessário.

No Art. 26 do Código Penal Brasileiro (1940) temos acesso ao que a lei diz sobre a forma como se deve conduzir a aplicação da sanção penal quando há o encontro da loucura com o cometimento de um crime. É o próprio Código Penal que irá esclarecer sobre do que se trata a chamada inimputabilidade quando este afirma que:

Art. 26 É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Brasil, 1940, p. 5).

---

Sendo assim, a inimputabilidade se apresenta enquanto a justificativa que assegura que o inimputável precisa ser tratado juridicamente de modo a garantir a proteção da sociedade e do próprio indivíduo. Para o sujeito considerado inimputável a questão da periculosidade envolve não só a situação como perigosa, mas, sobretudo, sua personalidade que seria perigosa. Assim, tem-se todos os elementos, segundo a lei, para se falar em medida de segurança. (Cruz, 2009)

A medida de segurança se apresenta enquanto um instrumento judicial que se aplica àqueles sujeitos com adoecimento mental e que cometeram algum crime. Nesse sentido, para que a medida de segurança possa ser aplicada deve haver a ocorrência de uma ação que violou a norma social vigente, posteriormente deve ter sido comprovada a inimputabilidade do sujeito, através do exame de sanidade mental e, além disso, todo esse processo é marcado pela questão da presença da presunção da periculosidade que é a justificativa para a aplicação da medida de segurança. Cabe ressaltar que existem duas modalidades de medida de segurança no sistema jurídico brasileiro, sendo elas: de internação ou tratamento ambulatorial. Quem define qual das medidas será aplicada é o Juiz de Direito de cada processo. (Ribeiro, 2006)

Ressalta-se que, a medida de segurança se inicia e se finda por meio de exames periciais, sendo eles, primeiramente o exame de sanidade mental e, por fim, o exame de cessação de periculosidade<sup>3</sup>. Como evidenciado, a inimputabilidade é averiguada a partir da perícia de sanidade mental que se configura como a garantia que a aliança entre Direito e Psiquiatria produziu para dizer se o sujeito avaliado pode ou não responder por seu ato/crime. (Brasil, 1941)

Terminada a perícia de sanidade mental, se houver a constatação de que o indivíduo submetido à mesma não possui capacidade de compreender seu ato/crime, o resultado será a inimputabilidade deste sujeito e então será aplicada a medida de segurança. A medida de segurança, como já citado, se extingue quando se constata a cessação da periculosidade do sujeito através de um exame que leva exatamente este nome. Cabe ressaltar que, a duração da medida é por tempo indeterminado; de modo habitual, se estipula inicialmente um prazo mínimo de um a três anos, que é o que consta no Código Penal (1940) no art. 97, § 1º, para que assim seja feita a primeira perícia de cessação de periculosidade, mas o tempo que a medida durará não é pré-estabelecido como a pena aplicada a um sujeito imputável, por exemplo. Vale assinalar que, a perícia não é uma prática que vislumbra o sujeito em sua dimensão subjetiva. Neste espaço, ele se torna um mero objeto de avaliação. (Ribeiro, 2006)

Cruz (2013) problematiza a medida de segurança quando aponta que “[...] a incorporação da periculosidade social nas legislações penais acabou funcionando como uma espécie de válvula de escape à restrição da liberdade dos cidadãos inconvenientes (os “estranhos”) ao poder” (Cruz, 2013, p. 277). Nesse sentido, a questão da loucura como produtora de desordem e desconforto social provocou a restrição e separação do louco até mesmo dentro do sistema jurídico. A medida de segurança é aplicada para promover um suposto tratamento, visando uma garantia de que a loucura estaria tratada e assim não prejudicaria a vida em sociedade. Sendo assim, é possível pensar que uma vez aplicada, enquanto justificativa para tratamento, a medida de segurança

pode funcionar como mais um modo de exclusão do louco mascarada como um modo de cuidado.

Jacobina (2008) aponta que a medida de segurança por si só não promove a inserção social do louco infrator, quando assinala que não se pode negar “[...] que essa medida não se dá em benefício do portador de transtornos mentais, mas que se dá tão-somente em benefício da sociedade” (Jacobina, 2008, p. 134). Nessa perspectiva, vale salientar que para que ocorra a inclusão social do louco infrator é preciso muito mais que a aplicação da medida de segurança. Atualmente encontramos modos de promover este processo vislumbrando esses indivíduos enquanto sujeitos de direitos. Nesse sentido, apresentaremos a Reforma Psiquiátrica e a partir dela as possibilidades que tem surgido de acompanhamento do louco infrator.

## **Reforma psiquiátrica: solo fértil para inovações no campo do tratamento da loucura**

A Reforma Psiquiátrica se configura enquanto solo fértil para o surgimento de novas ofertas de cuidado direcionadas ao louco, que são perpassadas pelo que chamamos de tratamento em liberdade, norteado pelo processo de desinstitucionalização. A desinstitucionalização proposta pela Reforma se apresenta de modo distinto da noção de desospitalização, ou seja, a proposta não é somente retirar os chamados loucos dos manicômios, mas também promover um novo modo de cuidado que abarca o sujeito em sua totalidade, garantindo seu tratamento a partir de sua liberdade. Nesse ínterim, a Reforma Psiquiátrica se consolida como um salto no tratamento da loucura, provocando legítimas mudanças com relação ao modelo clássico de tratamento ofertado ao louco. (Amarante, 1995)

No Brasil os movimentos sociais tiveram grande significância para que a Reforma Psiquiátrica pudesse ganhar notoriedade. Podemos, com relação a isso, demarcar como sendo de grande relevância o ano de 1978 em que surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento se caracterizava por se constituir como um espaço marcado por sua pluralidade e tecido através de muitas mãos envolvendo trabalhadores da saúde mental (técnicos e não técnicos), familiares de pacientes e outros atores que desejassem aderir às reivindicações que compunham o corpo do MTSM. Este movimento se tornou um denunciador da violência utilizada no tratamento a loucura. (Amarante, 1995)

Franco Basaglia, psiquiatra e precursor da Reforma Psiquiátrica Italiana, visitou o Brasil em 1979, expondo publicamente os horrores dos manicômios brasileiros. Suas ideias impulsionaram e possibilitaram maior concretude da Reforma Psiquiátrica. Assim, a exitosa experiência italiana na busca por novas formas de tratamento da loucura em liberdade, foi uma fonte inspiradora para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em 1987 com o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que aconteceu na cidade de Bauru (São Paulo), houve a abertura para o surgimento do Movimento da Luta Antimanicomial, bem como do lema deste movimento, que perdura até os dias atuais: “Por uma sociedade sem manicômios”. (Barbosa, Costa & Moreno, 2012)

Cabe assinalar que a promulgação da Constituição em 1988 e com ela a ideia da saúde como dever do Estado e direito do cidadão também repercutiu

---

<sup>3</sup> No Código de Processo Penal brasileiro (1941) está determinado que havendo incerteza com relação à integridade mental do acusado deverá ser realizado exame médico-legal. Para maiores esclarecimentos verificar o art. 149 do Código de Processo Penal.

---

na saúde mental. Em 1989 foi proposto no Congresso Brasileiro o Projeto de Lei nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado que propunha a defesa e garantia dos direitos da pessoa em sofrimento mental e a extinção dos serviços manicomial no país, lei esta que somente em 2001 foi sancionada. Sua aprovação se dá a partir de algumas transformações no texto original, surgindo assim a Lei nº 10.216 de 06 de Abril de 2001, que de fato passa a nortear as políticas de saúde mental, a partir dos ideais da Reforma Psiquiátrica, garantindo a proteção dos direitos das pessoas em sofrimento mental. (Ribeiro, 2006)

A Lei nº 10.216, promove um redirecionamento na oferta de tratamento, atenção e cuidado concedidos ao louco. Assim, com a garantia dada pela referida legislação, fica evidenciado que se prioriza o cuidado em liberdade, através da desinstitucionalização, preconizando a internação como último recurso e por curto período de tempo, proibindo assim as internações de longa permanência. O objetivo da Lei nº 10.216 é assegurar que a Reforma Psiquiátrica possa de fato acontecer e ecoar pelos serviços de saúde mental e por todos os espaços de coletividade. Ela se baseia na autonomia, cidadania, fortalecimento do laço social em sua dimensão cidadã, promoção de novos e transformadores modos de cuidado direcionados ao louco. Não se findando com a desinstitucionalização, mas continuando a acontecer na rede de saúde mental e na oferta do cuidado. (Heidrich, 2007)

Com relação ao louco infrator, cabe assinalar, que houve um encontro tardio dos ideais da Reforma com o campo jurídico no que tange especificamente a este público, mas ao mesmo tempo, foi esse processo da Reforma que possibilitou a construção de novos modos de intervenção e de tratamento para os loucos infratores. (Ribeiro, 2006)

Cabe ressaltar que este é um processo em andamento e que ainda há muito que evoluir, já que ainda perdura o evidente temor de que o louco infrator esteja livre para transitar pela cidade e assim prejudique a ordem social, cometa outros crimes ou cause desconfortos diversos pela periculosidade a ele atribuída. No entanto, sabemos que a Reforma Psiquiátrica e o Movimento da Luta Antimanicomial se caracterizaram como grandes marcos para as inovações no campo do tratamento da loucura; inovações estas que permitiram algumas possibilidades de acompanhamento também do louco infrator. A passos ora largos, ora curtos tem-se construído alternativas para pensarmos novas formas de problematizar e abordar a questão da loucura no ordenamento jurídico brasileiro.

### **O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ)**

Com a Reforma Psiquiátrica e os ideais da Luta Antimanicomial todo dispositivo que seja repressor, desumano e estigmatizante é considerado ineficaz e arcaico. Com a interdisciplinaridade de saberes e fazeres a loucura encontra nos dias atuais muito mais possibilidades de tratamento que envolvem a liberdade e a autonomia do sujeito em sua condição de cidadão. Assim, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) se constitui enquanto uma inovação a partir do campo da Justiça em Minas Gerais, e se apresenta como um dispositivo conector entre o sistema jurídico e os dispositivos de saúde, especialmente de saúde mental, levando os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica também para o louco infrator. (Barros-Brisset, 2010a)

Como evidenciado por Barros-Brisset (2010b) o PAI-PJ surgiu a partir de uma pesquisa feita pela psicóloga judicial Fernanda Otoni de Barros Brisset, juntamente com estagiários do Centro Universitário Newton Paiva, contando

com o apoio de uma equipe multidisciplinar. Inicialmente o PAI-PJ se apresentou enquanto um projeto piloto em meados de 1999. A pesquisa se deu a partir do levantamento de quinze processos criminais onde havia a presença do louco infrator como réu na comarca de Belo Horizonte (Minas Gerais). A ideia era de ofertar a cada um destes pacientes um acompanhamento singularizado, contando com o apoio da rede pública de saúde e do sistema jurídico, atrelado aos ideais da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica.

Pelo êxito de suas iniciativas, no ano de 2001, através da Portaria Conjunta nº 25/2001 de 07 de Dezembro de 2001, o PAI-PJ deixou de ser um projeto piloto tornando-se um programa pertencente ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) desenvolvendo ações na comarca de Belo Horizonte. Mais tarde, em decorrência dos excelentes resultados do programa, no ano de 2010 com a Resolução nº 633/2010, é garantida a expansão do PAI-PJ para outras comarcas, no interior de Minas Gerais. A intervenção deste programa se constrói a partir de equipe multidisciplinar, que deve ser composta minimamente por um assistente jurídico, um profissional da Psicologia e um do Serviço Social. (Barros-Brisset, 2010b)

O PAI-PJ vai se desenhando a partir de sua atuação junto aos juízes das varas criminais, contando com o suporte da rede pública de saúde em todo o processo, estando sempre atento àquilo que o sujeito traz. O caminho a ser percorrido é apresentado por cada sujeito, não havendo uma fórmula pronta de como atuar. Os casos acompanhados são encaminhados pela autoridade judicial. A partir da experiência do PAI-PJ, Barros-Brisset (2010b) aponta que “[...] o texto jurídico é um conjunto de normas e que poderíamos localizar uma possibilidade de encontrar, entre elas, um lugar para a causa de cada sujeito em particular” (Barros-Brisset, 2010b, p. 119). Nesse sentido, o programa se configura enquanto um dispositivo que irá auxiliar os juízes criminais, garantindo humanização na condução de cada caso onde o louco infrator é réu.

A criação do PAI-PJ tem como objetivo a oferta de um acompanhamento integral ao louco infrator. Isso se desenharia a partir da possibilidade de circuito social, desconstruindo assim a ideia da periculosidade intrínseca. Cabe ressaltar que esse retorno à convivência social é, evidentemente, marcado por algumas dificuldades, mas diante da possibilidade de um acompanhamento humanizado e da construção de um projeto terapêutico singular que é, sempre que necessário reformulado, esse retorno não só se faz possível, como também exitoso.

Presumíamos que havia um sujeito entre o paciente e o judiciário, entre o louco e o infrator. Seguir suas pistas nos levaria a algum lugar. Apostávamos que o singular de cada sujeito não poderia ser reduzido à semântica dos vocábulos, paciente judiciário – louco infrator, tão carregados dos sentidos construídos historicamente. Aos poucos fomos levados a considerar que aquele sujeito indefinível poderia ser portador de um potencial de respostas inéditas, impensáveis e razoáveis. (Barros-Brisset, 2010b, p. 119).

Nessa lógica, com o PAI-PJ a presunção da periculosidade foi se tornando cada vez mais opaca e o sujeito foi tornando-se cada vez mais evidente, rompendo assim com aquilo que até então havia sido ofertado ao louco infrator que é a exclusão, a repressão cruel, o silenciamento e a subjetividade

---

roubada pelas instituições totais. O PAI-PJ enquanto dispositivo da Reforma Psiquiátrica abre caminho para a possibilidade de mudanças no olhar que era até então lançado ao louco infrator, uma dessas grandes e expressivas mudanças é a possibilidade de perceber o sujeito tido como louco como um sujeito de direitos. Terapeuticamente isso faz, sem dúvidas, toda a diferença. (Barros-Brisset, 2005)

Além disso, o PAI-PJ irá direcionar seus trabalhos a partir da noção deste sujeito enquanto alguém que pode responder por seus atos de acordo com sua singularidade, ou seja, a questão da responsabilização faz parte do modo de condução dada aos casos no PAI-PJ. A responsabilização se configura a partir do engajamento, comprometimento e participação do indivíduo em seu tratamento. A ideia é tornar o louco infrator sujeito de sua própria existência.

Por fim, o PAI-PJ tem possibilitado que os casos onde há a constatação da inimputabilidade não fiquem perpetuamente excluídos. Vale assinalar que o PAI-PJ é um programa ainda recente, mas com excelentes resultados, havendo a verificação de reincidência em torno de 2%. Vale assinalar que essa reincidência se dá em crimes de menor gravidade. (Barros-Brisset, 2010b)

### **Reabilitação Psicossocial: a construção da dimensão cidadã do louco infrator**

Para que o cuidado em liberdade se efetive é necessário que a organização dos serviços de saúde mental seja impactada por novas lógicas potencializadoras da cidadania do sujeito. Cabe assinalar a reabilitação psicossocial como um modo de garantir ao indivíduo considerado louco o alcance de seus direitos, tendo em evidência sua dimensão cidadã e os proveitosos desdobramentos que este viés traz para cada caso.

De acordo com Pitta (2001), a proposta da reabilitação psicossocial é algo recente, tendo surgido aproximadamente na década de 1940 nos Estados Unidos, em encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos. Aos poucos a proposta foi ganhando concretude e se propagou para outros locais. Ela seria então uma iniciativa que promove diminuição da cronificação exercida pelo modo clássico de tratamento, concedendo um olhar capaz de promover criatividade e inventividade, levando para cada caso a proposta da Reforma Psiquiátrica. “*Reabilitação Psicossocial* é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam de cuidados igualmente complexos e delicados.” (Pitta, 2001, p. 21).

A reabilitação é uma maneira de acesso aos direitos, um modo de inclusão. A construção da cidadania do louco é o ponto alto da proposta da reabilitação psicossocial que conta também com o desejo de fazer com que haja uma troca entre o sujeito em sofrimento psíquico e toda a rede social. (Saraceno, 2001)

A proposta da reabilitação psicossocial se caracteriza atualmente como uma estratégia que implica em diminuir os danos e comprometimentos da pessoa em sofrimento mental e criar modos de potencializar suas habilidades. Portanto, os serviços com caráter reabilitativos devem se configurar como um espaço de promoção e produção de recursos nas relações do sujeito. Reabilitar é gerar autonomia na vida do usuário dos serviços de saúde mental. Essa autonomia passa pela “[...] capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente” (Kinoshita, 2001, p. 57). Assim a autonomia que a reabilitação psicossocial promove é distinta da ideia de dependência.

Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas podemos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. (Kinoshita, 2001, p. 57).

Desta forma, ao falarmos em reabilitação psicossocial estamos apontando para a clínica do cuidado, que promove a abertura de caminhos para o convívio. Com o adoecimento mental e crime a contratualidade social do louco infrator é enormemente comprometida. Cabe ressaltar que muitos pacientes por terem sua contratualidade social pouco fortalecida tem sua inserção social diretamente afetada. Sendo assim, a reabilitação irá pensar a importância das trocas entre o sujeito e os diversos atores da sua rede social. (Kinoshita, 2001)

Podemos articular a reabilitação psicossocial com uma prática que também possui uma dimensão reabilitadora que é a clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT). Diante disso, apresentaremos o AT e com ele a possibilidade de efetivar o que chamamos de reabilitação psicossocial.

### **Acompanhamento Terapêutico: um modo exitoso de inclusão social**

O AT se configura enquanto um dispositivo de saúde mental que traz consigo os ideais da clínica ampliada, permitindo a circulação do chamado louco por todo o território da cidade. O AT é uma das relevantes práticas da qual o PAI-PJ se utiliza para promover a inclusão social do louco infrator.

Silva e Silva (2006) apontam que o AT se caracteriza enquanto um dispositivo clínico. Cabendo ressaltar que a clínica do AT é também a clínica da cidade, que acaba por tomar o território e “[...] nos diferentes percursos pela cidade, muito mais do que se orientar ou ambientar-se, trata-se de usar o próprio tecido urbano como espaço de novas produções de sentido, fazendo com que as próprias intervenções desse espaço possam adquirir uma função terapêutica” (Silva & Silva 2006, p. 21).

O AT é sempre uma oferta, se norteando a partir daquilo que o sujeito expressa enquanto seu. Ele se configura como uma prática ainda recente, tendo chegado ao Brasil na década de 1960, e tem se mostrado de suma importância para casos onde o paciente precisa ser acompanhado em sua reinserção social. O acompanhante terapêutico (at), que é quem realiza essa prática clínica, deve trabalhar tendo em conta que este é um dispositivo que se fundamenta em um trabalho de rede e com a rede. Por diversas vezes esta prática se configura a partir de um caráter pedagógico que passa por gerar maior autonomia e cidadania na vivência do indivíduo.

Palombini (2007) ressalta que “[...] a cidade, e não mais o asilo, é o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada” (Palombini, 2007, p. 202). Observa-se que na prática do AT se localiza aquilo que a Reforma Psiquiátrica propõe: uma desinstitucionalização “assistida”, ou seja, o louco não é só retirado dos manicômios e de outras instituições asilares, mas ganha no AT a possibilidade de ser acompanhado para além das instituições que o perpassam, sendo secretariado no território em que vive. É a partir do novo, daquilo que surge em cada AT que vão sendo criados novos modos de

---

ancoragem e de possibilidades para cada caso. Há que se destacar a importância da escuta em cada acompanhamento, havendo constante reinvenção da prática a partir daquilo que o sujeito apresenta. (Palombini, 2007)

Assinala-se que a prática do AT tem criado espaço para a loucura na cidade, mesmo diante dos resquícios da exclusão. Nas atividades diversas como ir ao banco, fazer compras, ir ao dentista, a lanchonetes, supermercados, ou seja, circular por diversos locais na cidade, constrói-se a possibilidade não só de trânsito social para o louco, mas também de que seja desconstruído o olhar social lançado à loucura. No compartilhamento do contrato social do at com o acompanhado formam-se novos rumos para o sujeito, que vão para além de seu adoecimento mental ou de seu crime, mas que contemplam a dimensão psicossocial desse indivíduo. (Guerra & Milagres, 2005)

Destaca-se a articulação possível entre o AT e a proposta da reabilitação psicossocial. Na circulação conjunta do at e do acompanhado encontramos o fortalecimento da dimensão cidadã do louco, sua inclusão, garantia de empoderamento, protagonismo social e alcance de direitos. Sendo assim, torna-se evidente a capacidade que o AT possui de fazer aquilo que a reabilitação psicossocial propõe que é diminuir os danos causados pelo adoecimento mental e promover caminhos para descobrir e trabalhar as potencialidades do sujeito. (Gruska & Dimenstein, 2015)

O at realiza seu trabalho buscando garantir a reconstrução e fortalecimento do laço social do louco. Gruska e Dimenstein (2015) pontuam como isso pode se dar quando afirmam que o at:

Mediante seu corpo, palavra e atos, procura ofertar suporte aos esforços do acompanhado, funcionando como uma estrutura de apoio vicária cuja forma se estabelece na articulação entre os saberes e hipóteses do paciente e a identificação pelo acompanhante de sua perícia sobre a atividade trabalhada. Talvez pudéssemos comparar essa estrutura de apoio aos andaimes que suportam um edifício que está sendo construído e que vão sendo retirados à medida que a armação em construção vai tornando-se capaz de sustentar-se sem ajuda. (Gruska & Dimenstein, 2015, p. 116).

O AT é então uma estratégia inovadora e eficaz para a ampliação da Reforma Psiquiátrica, bem como, para a possibilidade de reabilitação psicossocial do louco infrator. Diante desses avanços, atualmente temos encontrado grandes e significativos resultados no acompanhamento dos casos onde há o cometimento de crime por um sujeito em sofrimento psíquico.

### **Tecendo as práticas: uma rede para a proteção ao sujeito**

Com o trabalho do PAI-PJ, os acompanhamentos terapêuticos em sua dimensão reabilitadora e o trabalho da rede de saúde mental, tem-se criado modos para a inclusão social do louco infrator. Este caminho tem sido traçado permitindo um espaço para a escuta da loucura não só nas instituições que a ela se destinam, mas também na cidade e nos diversos espaços de coletividade, ou seja, as novas práticas têm introduzido modos exitosos de acompanhamento e cuidado ofertados ao louco infrator.

É possível percebermos que a Reforma Psiquiátrica funciona como a linha que costura os vários serviços uns aos outros, e os serviços seriam então retalhos que se desdobram em práticas e juntos, costurados pelos ideais da Reforma, formariam uma rede de proteção para o sujeito. Observa-se assim que o louco infrator alcança, através das amarrações feitas entre PAI-PJ, AT, e a proposta da reabilitação psicossocial a possibilidade de desmistificação dos estigmas até então impostos a ele.

Através das práticas supracitadas, o louco infrator obteve uma possibilidade real de protagonismo social e empoderamento do território em que circula. Com isso, notamos que a questão da periculosidade, uma forte justificativa para a exclusão do louco infrator, foi tornando-se passível de discussões. É o próprio louco infrator, acompanhado pelo viés da atenção integral, que comprova sua capacidade não só de vivência em sociedade, mas também de ser cidadão. (Neves, 2010)

É possível tratar certa periculosidade: aquela que é produzida pela ausência de políticas públicas de atenção a esses portadores de sofrimento mental. Essa periculosidade é efeito do abandono, é ausência de tratamento ao sofrimento psíquico, é carência de recursos. É o efeito de uma política que segrega. (Barros-Bisset, 2010a, p. 47).

Evidencia-se que quando o louco infrator se encontra sob a proteção dessa rede, formada pelos serviços de saúde mental, pelo PAI-PJ, garantido também pela prática do AT em sua dimensão reabilitadora e outros dispositivos, a invisibilidade social tem sido aos poucos convertida em uma visibilidade que permite que o louco infrator seja visto como um cidadão, um integrante da sociedade. PAI-PJ, AT e a proposta da reabilitação psicossocial são representantes dos novos modos de atenção e cuidado que se atêm aos detalhes de cada caso para assim fazer nascer um sujeito para além do crime e do transtorno mental.

### **Considerações finais**

As metáforas sobre saúde e doença são construções culturais, que afetam todas as épocas históricas, em todas as localidades. O tratamento ofertado ao louco, em dado tempo, em uma sociedade, reflete a concepção que uma determinada cultura tem sobre o que é a loucura e qual deve ser o seu lugar na social. Da mesma forma, o surgimento de novas formas de abordar e tratar o adoecimento mental também colaboram para a transformação nas concepções sociais destes indivíduos, possibilitando a construção de outros modos de pertencimento do portador de sofrimento mental.

Ainda que tardiamente, os avanços da Reforma Psiquiátrica, através de experiências como a do PAI-PJ, tensionam para que se alcance a superação dos estigmas e embaraços sociais diante do louco infrator, encarnados sob o véu da periculosidade. A Reabilitação Psicossocial e a Clínica do Acompanhamento Terapêutico apresentam como ponto de convergência a explicitação da necessidade de se construir pertencimento na sociedade para o portador de sofrimento mental, sublinhando a importância da moradia, do enlaçamento social e da conquista da autonomia possível para o novo exercício, não mais de excluído e segregado, mas de cidadão. O que este enlaçamento propiciado pela Reforma Psiquiátrica, entre

PAI-PJ, Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico oportunizam é um fazer ético, comprometido com o sujeito e sua singularidade. Com este novo modo de se operar o cuidado tem-se alcançado a responsabilização destes sujeitos e com ela a apropriação de sua cidadania, de seu território.

## Referências

- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barbosa, M., Costa, T., & Moreno, V. (2012). Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. *Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro*, 4(8), 45-50. Recuperado de: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2017/2299>.
- Barros-Brisset, F. O. (2011). Genealogia do conceito de periculosidade. *Responsabilidades, Belo Horizonte*, 1(1), 37-52.
- Barros-Brisset, F. O. (2010a). *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais.
- Barros-Brisset, F. O. (2005). Programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental infrator. *ABMES Cadernos*, Brasília, 1(1), 51-65.
- Barros-Brisset, F. O. (2010b). Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum*, 1(1), 116-120. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/116.pdf>.
- Brasil, C. N. (2001). Lei nº10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 6 abr. Seção 1. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm).
- Brasil, *Código Penal* de 07 de dezembro de 1940. Rio de Janeiro: Planalto, 1940. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm).
- Brasil. *Código de Processo Penal* de 03 de outubro de 1941. Rio de Janeiro: Planalto, 1941. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm).
- Cruz, M. L. (2009) *A inconstitucionalidade da medida de segurança face a periculosidade criminal*. 2009. 223 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Programa de Mestrado das Faculdades Integradas do Brasil (UniBrasil), Curitiba. Recuperado de: <https://silo.tips/download/marcelo-lebre-cruz-a-inconstitucionalidade-da-medida-de-segurana-face-a-periculo>.
- Cruz, M. L., (2013). Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem? *Responsabilidades, Belo Horizonte*, 2(2), 273-282.
- Foucault, M. (2006). A evolução da noção de indivíduo perigoso na psiquiatria legal do século XIX. In: \_\_\_\_\_. *Ética, sexualidade e política*. (Col. Ditos & escritos V. (Org) Manoel Barros da Motta 2ª.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1-25.
- Foucault, Michel. (1991). *História da loucura na idade clássica*. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva.
- Gomes, R., M. (2013). Os dispositivos da biopolítica: a loucura como exceção na aliança entre psiquiatria e direito penal. *Responsabilidades, Belo Horizonte*, 3(1), 81-100.
- Gomes, R., M. (2012). O lugar do perito e o lugar do analista na abordagem do louco infrator. *Ágora, Rio de Janeiro*, 15(1), 481-490. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151614982012000300009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151614982012000300009&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Gruska, V., & Dimenstein, M. (2015). Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. *Psicol. clin., Rio de Janeiro*, 27(1) 101-12. Recuperado de: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652015000100101&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652015000100101&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Guerra, A. M. C., & Milagres, A. F. (2005). Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico?: contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. *Estilos clin, São Paulo*, 10(19).
- Heidrich, A. V. (2007). *Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização*. 205f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Porto Alegre. Recuperado de: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/392/1/398635.pdf>.
- Jacobina, P. V. (2008). *Direito Penal da Loucura*. Brasília: ESMPU. Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889/84516>.
- Kinoshita, R. T. (2001). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: \_\_\_\_\_. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 55-59.
- Lombroso, C. (2007) *O homem delinquente* (1876). São Paulo: Ícone.
- Neves, C. M. C. (2010). *A decisão judicial enquanto ato e a construção do caso clínico no acompanhamento do louco infrator*. 86 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Recuperado de: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VCSA-8CMM9D/1/dissertacao\\_final.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VCSA-8CMM9D/1/dissertacao_final.pdf).
- Palombini, A. L. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade - contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica da reforma psiquiátrica*. 247 f. Tese (Doutorado em saúde coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. - Programa de Pós Graduação em saúde coletiva - área de concentração em Ciências Humanas e Saúde. Instituto de Medicina Social. Recuperado de: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10191/000596452.pdf?sequence=>.
- PITTA, A (Org). (2001). O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: \_\_\_\_\_. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 19-26.
- Ribeiro, F. J. R. (2006). *Da razão ao delírio: por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura*. 2006. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte. Recuperado de: [https://app.uff.br/observatorio/uploads/Da\\_raz%C3%A3o\\_ao\\_del%C3%ADrio\\_por\\_uma\\_abordagem\\_interdisciplinar\\_do\\_conceito\\_de\\_loucura.pdf](https://app.uff.br/observatorio/uploads/Da_raz%C3%A3o_ao_del%C3%ADrio_por_uma_abordagem_interdisciplinar_do_conceito_de_loucura.pdf).
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro: TeCorá/Instituto Franco Basaglia.
- Silva, A. S. T., & Silva, R. N. (2006). A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. *Psicol. cienc. prof., Brasília*, v. 26, n. 2, 210-221. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v26n2/v26n2a05.pdf>.
- Tavares, O. H. (2015). *O período jurídico da escola positiva*: Garófalo. São Paulo: Associação Paulista do Ministério Público. Recuperado de: [http://midia.apmp.com.br/arquivos/pdf/artigos/2015\\_garofalo.pdf](http://midia.apmp.com.br/arquivos/pdf/artigos/2015_garofalo.pdf).
- Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Portaria nº 25 de 07 dez. 2001. *TJMG*. Belo Horizonte, 2,p. Recuperado de: <http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/pc00252001.PDF>.

## Comprometimento das funções executivas em usuários de substâncias psicoativas

*Commitment to executive functions in users of psychoactive substances*

**Jhenifer Aparecida Alves Gois<sup>1</sup>, Aislan José de Oliveira<sup>2</sup>, Luiz Roberto Marquezi Ferro<sup>3</sup>  
e Manuel Morgado Rezende<sup>4</sup>**

**Resumo:** O uso de substâncias psicoativas afeta o funcionamento das funções executivas. Essas funções possibilitam nossa interação nas mais variadas situações seja na organização, regulação de tempo e tomada de decisões. Objetivos: analisar o comprometimento das funções executivas em usuários de substância psicoativas fazendo uma comparação dos resultados obtidos em um teste entre dois grupos (dependentes e outro de não dependentes). Método: Foi elaborada uma pesquisa experimental, descritiva e exploratória de natureza quantitativa e qualitativa. Os dados foram coletados por meio da Escala de Avaliação de Disfunções Executivas (BDEFS), realizada entre as datas 19/08/2019 e 09/10/2019. Resultados: Foi possível verificar as alterações ocasionadas pelo uso de substâncias psicoativas quando comparado ao grupo controle, destacam-se neste estudo as alterações nas funções de regulação do tempo, autocontrole, autorregulação de emoções, organização, resolução de problemas. Discussão: As alterações de funções encontradas neste estudo se convertem em prejuízos na organização e regulação do tempo e principalmente na capacidade de resolver problemas e tomar decisões. Considerações finais: A avaliação neuropsicológica pode contribuir significativamente para a elaboração de estratégia de intervenções efetivas ao atendimento que os sujeitos possam beneficiar, bem como maior adesão ao tratamento.

Palavra-chave: Neuropsicologia; Função executiva; Transtorno relacionado ao uso de substância.

**Abstract:** The use of psychoactive substances affects the functioning of executive functions. These functions enable our interaction in the most varied situations, whether in organization, time regulation and decision making. Objectives: to analyze the impairment of executive functions in users of psychoactive substances by comparing the results obtained in a test between two groups (dependent and non-dependent). Method: An experimental, descriptive and exploratory research of a quantitative and qualitative nature was carried out. The data were collected using the Executive Dysfunctions Assessment Scale (BDEFS), carried out between 08/19/2019 and 09/10/2019. Results: It was possible to verify the changes caused by the use of psychoactive substances when compared to the control group, in this study the changes in the functions of time regulation, self-control, self-regulation of emotions, organization, problem solving stand out. Discussion: The changes in functions found in this study become losses in the organization and regulation of time and mainly in the ability to solve problems and make decisions. Final considerations: The neuropsychological evaluation can contribute significantly to the elaboration of a strategy of effective interventions to the assistance that the subjects can benefit, as well as greater adherence to the treatment.

Keyword: Neuropsychology; Executive function; Disorder related to substance use.

<sup>1</sup> Psicóloga Clínica. E-mail: jheniaparecida2009@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutorando em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo. E-mail: aislan\_jo@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutorando em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo. E-mail: luiz315@hotmail.com

<sup>4</sup> Docente do programa de pós-graduação em Psicologia da Saúde da Univ. Metodista de São Paulo. E-mail: mamorepsi@gmail.com

---

## Introdução

As drogas referem-se a um problema de saúde coletiva que atinge cada vez mais pessoas, o consumo constante dessas substâncias pode estar associado à dependência química, que é considerada doença crônica, uma vez que está relacionada ao desejo compulsivo pelo uso recorrente. Estima-se que cerca de 5% da população adulta, ou 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos usaram pelo menos uma droga em 2014, de acordo com o último Relatório Mundial sobre Drogas divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNDOC, 2018).

Além dos impactos sociais é importante que se compreenda os prejuízos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, principalmente os associados ao funcionamento cognitivo mais especificamente prejuízos na área de córtex pré-frontal. Neste contexto, Serafim e Saffi (2015) apontam que no córtex pré-frontal (CFP) encontram-se algumas funções cognitivas e dentre elas as funções executivas (FE). As FE são responsáveis pela capacidade de uma pessoa responder de forma adaptativa a novas situações do meio ambiente além de servir como base de muitas habilidades cognitivas, emocionais e sociais.

Segundo Fuentes (et. al, 2014) esta região está relacionada também a processos cognitivos de estabelecimento de metas, planejamento, solução de problemas, fluência, categorização, memória operacional, monitoração da aprendizagem e da atenção, flexibilidade cognitiva, capacidade de abstração, auto regulação, julgamento, tomada de decisão, foco e sustentação da atenção.

Miller, Freedman e Wallis (2002) complementam que, em contato com diferentes áreas do cérebro, como o sistema límbico, o CPF é responsável por atividades como aprendizagem, ações voluntárias e comportamentos ligados à recompensa.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar o comprometimento das funções executivas em usuários de substância psicoativas por meio de uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória de cunho experimental onde foram comparando os resultados no desempenho de funções executivas em um grupo com diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas e outro grupo sem o diagnóstico com o intuito de responder a seguinte pergunta: usuários de substâncias psicoativas apresentam déficits cognitivos quando comparado a não dependentes?

### **O uso de substâncias psicoativas e as alterações neuropsicológicas**

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o uso abusivo de drogas como uma doença crônica e recorrente. Para esta instituição, o uso de drogas constitui um problema de saúde pública que ultrapassa todas as fronteiras sociais, emocionais, políticas e nacionais, preocupando toda a sociedade (Andretta e Oliveira, 2011).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a dependência química caracteriza-se pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Como acrescentam Kaplan, Sadock e Grebb (2007), o indivíduo dependente prioriza o uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações.

Segundo informações da Secretaria Nacional De Políticas Sobre Drogas (SENAD), essas substâncias ativam o sistema de recompensa presente no cérebro também conhecido como via de reforço, gratificação ou prazer. E essa sensação pode ser obtida de forma natural através de alimentos saborosos, sexo, entre outros, as quais ativam a dopamina que é interrompida quando saciada (SENAD 2017).

Diferente do que ocorre de forma natural, quando este sistema é ativado por meio do uso de substância, mesmo após o uso a pessoa passa ter a necessidade de obter aquela mesma sensação novamente. Com a repetição da experiência ocorre o aprendizado associativo, onde este indivíduo passa a atribuir aquela sensação à droga, com o passar do tempo esse desejo se intensifica aumentando o consumo progressivamente (SENAD 2017).

Segundo Viola et al. (2012) “com o uso crônico, os usuários aproximam-se de padrões compulsivos de consumo da substância que podem alterar o funcionamento típico de algumas regiões cerebrais, como a desregulação do sistema de recompensas” (p.104).

Desta forma ocorre uma exigência interna que faz com que o indivíduo seja levado a realizar o uso dessas substâncias novamente, estes comportamentos não são decorrentes apenas da procura incessante pelo prazer (recompensa), mas também da evitação do desprazer (sintomas de abstinência). A impulsividade e a compulsão pela droga podem alterar o funcionamento cognitivo, e esses efeitos podem contribuir para os prejuízos evidenciados no componente decisório (Viola et al., 2012).

Uma pesquisa desenvolvida no ano de 2006 com 568 estudantes que cursavam o ensino médio enfatizou que, na maioria das vezes, o primeiro acesso às drogas ocorre na adolescência, comumente influenciado por familiares ou por grupos sociais nos quais estão inseridos. A curiosidade é a principal causa que estimula a experimentar a droga pela primeira vez, e, no que se refere ao tipo de substância, destacam-se o álcool, tabaco e os inalantes (Capistrano et al., 2013).

O abuso dessas substâncias nessa fase pode levar a comprometimentos cognitivos, levando em consideração que durante a adolescência nosso cérebro e suas funções ainda não estão completamente maturados (Capistrano et al., 2013).

Dentre os danos mais expressivos destacam-se os que afetam o funcionamento executivo. As funções executivas podem ser consideradas um conjunto de processos cognitivos que, de forma integrada, permitem ao indivíduo direcionar comportamentos a metas, avaliar a eficiência e a adequação desses comportamentos, abandonar estratégias ineficazes em prol de outras mais eficientes e, desse modo, resolver problemas imediatos, de médio e de longo prazo (Malloy-Diniz, Sedó, Fuentes & Leite, 2014).

Desta forma, se deve levar em consideração o início do uso de substância, pois assim é possível verificar os danos causados por ela a curto, médio e longo prazo. Levando em conta tanto as funções cognitivas em geral, quanto nas funções executivas especificamente, é importante considerar que quanto mais cedo o sujeito inicia o uso, mais prejuízos cognitivos poderão apresentar (Cecília, Feldens, & Garcia, 2011).

Para Cosenza e Guerra (2011), embora ainda haja discrepâncias na busca pela conceituação das funções executivas, pode-se defini-las como o conjunto de habilidades e capacidades que nos permitem executar as ações necessárias para atingir um objetivo. São funções atribuídas para as funções executivas: a identificação de metas, o planejamento de comportamentos e

sua execução, além do monitoramento do próprio desempenho, até que o objetivo seja alcançado.

Englobam também ações complexas que dependem da integridade de vários processos cognitivos, emocionais, motivacionais e volitivos, os quais estão intimamente associados ao funcionamento dos lobos frontais. (Almeida, Fontes Pinto Novaes, Bressan Affonseca, e Tavares De Lacerda, 2008).

As funções executivas exercem papel importante tanto no controle de impulsos quanto na interrupção destes, assim, segundo Almeida, Novaes, Bressan e Lacerda (2008):

O funcionamento executivo pode ser definido como a capacidade de se extrair informações de diversos sistemas cerebrais, verbais ou não verbais, e

agir sobre essas informações de modo a produzir novas respostas, fornecendo aos sistemas funcionais orientações para um processamento eficiente das informações (p.70).

Segundo Ferreira e Colognese (2014) essas funções possibilitam nossa interação nos mais diversos âmbitos, nas mais variadas situações, por meio delas se consegue organizar nosso pensamento levando em conta as experiências que possibilitam expandir nosso repertório que ficam armazenadas em nossa memória sejam vivências boas ou ruins elas possibilitam ainda nossa construção de expectativas de propósitos e de valores individuais.

A figura 1, apresentada logo abaixo, descreve de forma ilustrativa como esses comportamentos são adquiridos, desde o processo de captação do estímulo, processamento e a aprendizagem.

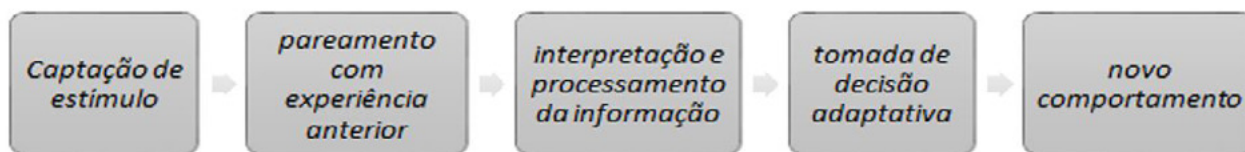


Figura 1. Exemplo da atuação das funções executivas na aprendizagem de novos comportamentos.

Quando reduzem as funções responsáveis pelo planejamento e controle do comportamento, as chances de modificação do comportamento acabam reduzindo (Ferreira & Colognese, 2014).

Com base em estudos realizados por Cecília, Feldens e Garcia (2011) que teve como objetivo avaliar as funções executivas em alcoolistas, os resultados obtidos indicam déficits cognitivos fundamentais e duradouros, relacionados com distúrbios na atividade do córtex pré-frontal, indicando fortes perturbações da memória de trabalho, e funções executivas.

O mesmo foi observado nas amostras onde o uso recorrente era de cocaína e crack, estes apresentam disfunção executiva; ou seja desempenhos mais rebaixados de funcionamento executivo, relacionados com os níveis atencionais, à memória operacional auditiva e visuoespacial, à flexibilidade cognitiva, planejamento, controle inibitório e rastreo visuomotor, quando comparado a uma amostra normal.

Diante destes comprometimentos cognitivos, o dependente pode enfrentar dificuldades para aderir ao tratamento e manter-se abstinente, pois, diante de um problema, tenderá a perseverar suas respostas e ações. (Cecília, Feldens, & Garcia, 2011).

Segundo estudo realizado por Viola et al. (2012), uma das limitações refere-se ao fato de a maioria das participantes do grupo clínico ser usuário ou mesmo dependente de outras substâncias que também causam prejuízos cognitivos.

Para tanto, o profissional que atende a esta população necessita estar capacitado para realizar as avaliações necessárias e, assim, propor uma intervenção da qual os sujeitos possam se beneficiar, contribuindo para um maior índice de pacientes tratados adequadamente. (Cecília, Feldens, & Garcia, 2011)

Neste contexto uma compreensão mais eficiente é fundamental para

se poder estabelecer estratégias de tratamento e combate mais eficientes (Ferreira e Colognese, 2014 p.192).

## Método

Trata-se de uma pesquisa experimental, descritiva e exploratória de natureza quantitativa e qualitativa. O presente estudo foi apresentado ao Comitê de ética em Pesquisa do Centro Universitário Campos de Andrade – Uniandrade, protocolado e aprovado sob o número 2.519.318 e teve como objetivo comparar o comprometimento das funções executivas em usuários de substância psicoativas.

Para a construção de referencial teórico, em primeiro momento foram consultadas as bases de dados Lilacs, Pepsic e Scielo, a partir da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, os descritores utilizados para a busca de artigos foram: “Função Executiva”, “Transtorno relacionado ao uso de substância”, “Álcool”, “Cocaína”, “Crack”, “Cannabis”. Para a coleta de dados foi utilizado Escala de Avaliação de Disfunções Executivas de Barkley (BDEFS) entre as datas 19/08/2019 e 09/10/2019.

Durante toda a pesquisa foram adotados procedimentos éticos seguindo todas as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados coletados foram armazenados em uma pasta criptografada e os sujeitos foram identificados por códigos, garantindo assim o anonimato das informações.

Para a coleta de dados foi utilizado a Escala de Avaliação de Disfunções Executivas de Barkley (BDEFS) que se propõe a avaliar os possíveis déficits das funções executivas nas atividades cotidianas (gerenciamento de tempo, organização e resolução de problemas, autocontrole, automotivação, autorregulação de emoções). É composta por 89 perguntas divididas em 5 sessões já

conforme acima descritas, onde cada uma delas aborda uma área que compõe as funções executivas, possibilita correlacionar alguns comportamentos com o TDAH (Godoy, 2018).

Participaram deste estudo 20 sujeitos, divididos em duas amostras de 10 pessoas. Para a primeira amostra, o critério utilizado para selecionar os participantes, foi ter idade entre 18 a 45 anos, ser do sexo masculino, diagnosticado com o transtorno do uso de substâncias psicoativas e que já estiveram em situação de internamento para recuperação. Para a segunda amostra, foram selecionados 10 participantes entre 18 e 45 anos, do sexo masculino e que nunca receberam um diagnóstico por uso de substância psicoativa (Tabela 1).

A pesquisa foi realizada em um Centro de Reabilitação para Dependência de Substância Psicoativas na região metropolitana de Curitiba e em Centro Universitário, entre os meses de agosto e setembro de 2019. Antes da aplicação do inventário, os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, e na sequência assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A aplicação foi realizada em grupo, respeitando o tempo de cada participante para responder o questionário. A duração média de aplicação foi de 30 minutos.

## Resultados

As respostas ao instrumento foram levantadas e os dados foram tabulados em planilha Excel® para análise estatística. A análise inferencial envolveu comparações entre os dois grupos (dependentes e não dependentes) quanto ao desempenho obtido no teste neuropsicológico.

Tabela 1: Média de idade das amostras

Idade dos Participantes			
Dependentes		Não dependentes	
Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
29,6	8,7	32,4	6,4

A tabela acima apresenta os resultados acerca da idade dos participantes.

A amostra número um foi composta por 10 participantes não dependentes, com ensino médio completo, nesta amostra os participantes estavam cursando uma graduação de ensino superior com idades entre 18 e 45 anos, todos do sexo masculino. A média de idade referente ao grupo de dependentes foi de 29,6 anos, já o grupo controle de não dependentes a média de idade foi de 32,4.

Tabela 2: Tabela idade, sexo e escolaridade da amostra não dependentes.

Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idade	19	20	42	38	21	32	22	25	38	42
Escolaridade	EM	EM	EM	EM	EM	EM	EM	EM	EM	SC
Sexo	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M

Legenda: EM (Ensino Médio Completo); EMI (Ensino Médio incompleto); EF (Ensino Fundamental); SC (Ensino Superior completo); SI (Ensino Superior incompleto).

A amostra número dois foi composta por 10 participantes atualmente realizando tratamento para dependência química, na composição da amostra a escolaridade variou entre ensino médio completo e superior, com idades entre 18 e 45 anos, todos do sexo masculino.

Tabela 3: Tabela idade, sexo e escolaridade da amostra dependentes.

Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idade	39	22	44	29	26	30	39	27	39	32
Escolaridade	SC	EM	EMI	SC	SI	SC	SC	SI	EF	EMI
Sexo	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M

Legenda: EM (Ensino Médio Completo); EMI (Ensino Médio incompleto); EF (Ensino Fundamental); SC (Ensino Superior completo); SI (Ensino Superior incompleto).

Na tabela 4 teve como objetivo compor as estatísticas descritivas referente às variáveis relacionadas às funções executivas, sendo elas: (a) gerenciamento de tempo; (b) organização / resolução de problemas; (c) autocontrole; (d) motivação; (e) regulação emocional; (f) escore total e (h) TDAH.

Tabela 4: Estatísticas descritivas referente aos grupos.

	Média	Vício		Não dependente		
		Dependente	Desvio padrão	Média	Soma	Desvio padrão
GERENCIAMENTO DE TEMPO	36,70	367,00	9,24	34,30	343,00	7,50
ORGANIZAÇÃO RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	51,80	518,00	16,30	40,40	404,00	11,31
AUTOCONTROLE	42,50	425,00	13,04	29,00	290,00	10,06
MOTIVAÇÃO	25,10	251,00	14,89	19,40	194,00	6,04
REGULAÇÃO EMOCIONAL	27,80	278,00	9,28	22,80	228,00	10,65
Escore total	180,90	1809,00	48,14	146,10	1461,00	40,60
TDAH	20,40	204,00	6,50	17,80	178,00	4,39

Conforme a tabela acima, é possível identificar alguns padrões comparativos entre dependentes e não dependentes:

(I) O escore total dos dependentes é significativamente mais elevado que dos não dependentes.

(II) Todos os valores médio e soma, sem exceção, são mais elevados nos dependentes em comparação aos não dependentes.

(III) Todos os valores de desvios padrão são mais elevados entre o grupo de dependentes em comparação aos não dependentes.

(IV) A maior diferença observada entre os valores e grupos se dá no âmbito do autocontrole, sendo que a variável muito mais sobressalente entre dependentes do que entre não dependentes.

Abaixo, os gráficos apresentam os dados referentes ao percentil que cada indivíduo obteve na avaliação, são esses dados que possibilitam mensurar o nível de disfunção presente nos indivíduos analisados.

Figura 2: Percentil da amostra

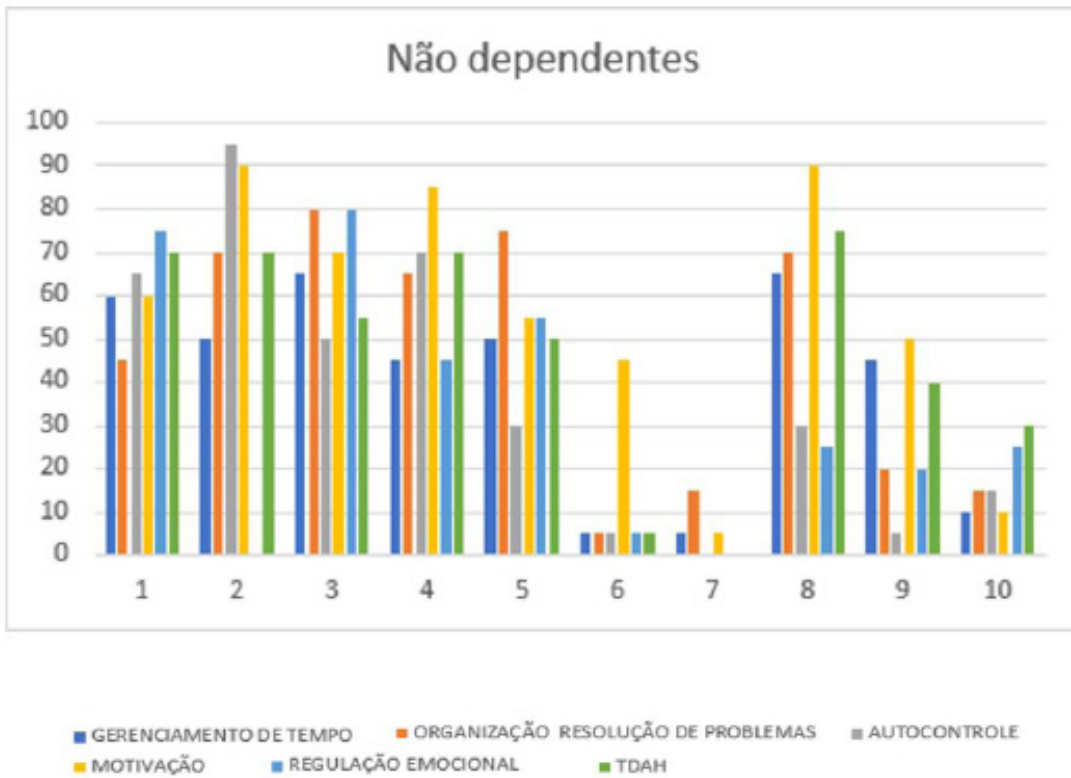
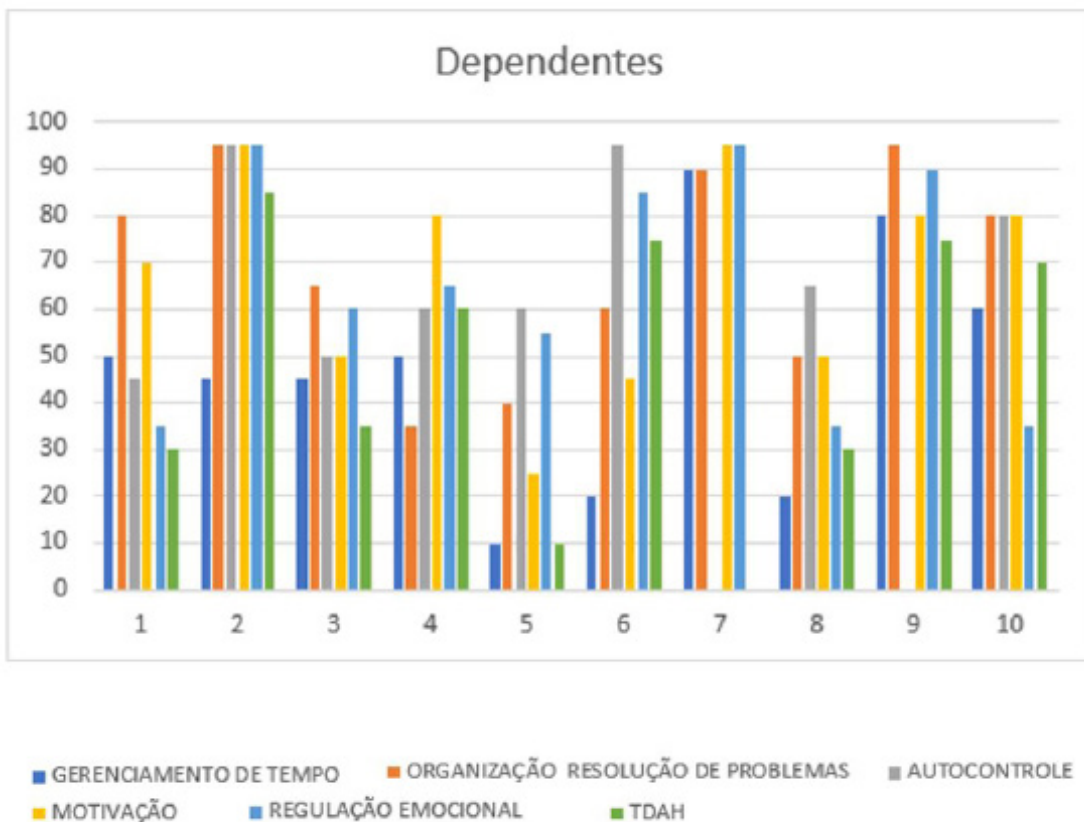


Figura 3: Percentil da amostra



---

## Discussão

Mesmo se tratando de uma amostra pequena composta de 20 sujeitos, é interessante observar a distribuição de resultados. No que tange os aspectos como idade e escolaridade, foi possível identificar na amostra total de participantes que a média de idade referente ao grupo de dependentes é de 29,6 anos, já o grupo controle de não dependentes a média de idade foi de 32,4, resultado observado na (tabela 1).

Segundo estudo realizado por Viola et al. (2012), que teve como objetivo avaliar a tomada de decisões em usuários de crack, constatou que uma das limitações se refere ao fato de a maioria das participantes do grupo clínico ser usuário ou mesmo dependente de outras substâncias que também causam prejuízos cognitivos.

Como já mencionado, em uma pesquisa desenvolvida por Capistrano et al. (2013), com 568 estudantes que cursavam o ensino médio enfatizou que, na maioria das vezes, o primeiro acesso às drogas ocorre na adolescência, comumente influenciado por familiares ou por grupos sociais nos quais estão inseridos. Observando a (tabela 1) é possível verificar de forma mais ilustrativa que a média de idade dos indivíduos é jovem, o que pode estar ligado ao início de uso da droga.

Outro dado interessante refere-se ao perfil sócio demográfico de indivíduos em tratamento da dependência química. Peixoto et al. (2010) indica que apesar de a tendência do uso de drogas ser cada vez mais precoce, a procura por tratamento para a reabilitação é característica de indivíduos adultos, em média com 35,2 anos, com faixa predominante de 18 a 41 anos. Esse dado corrobora com os dados apresentados na tabela 3

No que se refere a aspectos de escolaridade, conforme os resultados apresentados nas tabelas 2 e 3, foi possível verificar que 50% dos participantes possui ensino médio completo, 10% ensino médio incompleto, 25% superior completo, 10% superior incompleto e apenas 5% dessa amostra possui ensino fundamental, demonstrando desta forma que não houve diferenças significativas entre as amostras no que tange aspectos de escolaridade.

Os dados coletados indicam que o grupo composto por dependentes de substâncias psicoativas tem desempenho menor quando comparados ao grupo de não dependentes quanto a organização e resolução de problemas (gráficos 1 e 2). Neste sentido, Bolla et al., (2003) afirma que o uso prolongado de cocaína pode causar anormalidades no funcionamento do córtex pré-frontal persistentes, que interferem no processo de tomada de decisão.

Um paciente que tem dificuldades em tomar decisões ficará vulnerável às decisões sem uma pré-análise ou ficará muito indeciso, o que causará insegurança e vulnerabilidades, com isto, poderá retornar ao uso da substância, com consequente abandono de tratamento.

Conforme os resultados mostrados na tabela 4, a maior diferença observada entre os valores e grupos se dá no âmbito do autocontrole, onde os indivíduos dependentes apresentam um percentil mais elevado em comparativo com os não dependentes (Figuras 1 e 2). Segundo o manual do BDEFS os percentis que refletem a faixa normal de déficits são mostrados como faixas (5-25-26-50 e 51-75), pois as pontuações nesses quartis tem pouco significado clínico, além de indicar que as funções executivas de um indivíduo em um domínio particular não é anormal (Godoy, 2018).

Geralmente as pontuações do 76º ao 84º percentil devem ser consideradas como de significância mínima. Aquela do percentil 84º ao 92º devem

ser consideradas no limite ou quase deficientes, aquelas entre os percentis 93º e 95º devem ser consideradas levemente deficientes, aquelas entre os percentis 96º e 98º devem ser consideradas modernamente deficientes, e aquelas no percentil 99º devem ser vistas como notadamente deficientes ou graves. Sendo assim quanto mais próximo de 100 maior será a disfunção executiva deste indivíduo.

Desta forma indivíduos com déficits significativos no autocontrole apresentam um comportamento menos adaptativo priorizando os benefícios a curto prazo. Almeida e Monteiro (2011) corroboram com esta afirmação, indicando que indivíduos dependentes químicos podem apresentar prejuízos cognitivos relevantes, semelhantes aos verificados em pacientes com lesão na área frontal do cérebro. Esses prejuízos estão frequentemente relacionados com o tempo de uso da droga, podendo ser revertidos após períodos de abstinência. Contudo, convém salientar que estes prejuízos podem afetar a aderência ao tratamento, aumentando a probabilidade de recaídas (Cunha & Novaes, 2004).

## Conclusão

Este estudo verificou comprometimentos das funções executivas em dependentes de substâncias psicoativas, quando comparado ao grupo de não dependentes, vale ressaltar que a pesquisa tem algumas defasagens no que se refere a quantidade de participantes, muito reduzida comparada a outras já realizadas. A falta de informações como; tempo de consumo e de tratamento; idade de início do uso; substância utilizada, deixam algumas lacunas sendo interessante explorar mais a fundo essas relações.

Outra questão a ser levantada é com relação a produção de estudos realizados com essa temática no país, muito reduzido em comparativo com outros países. Esta pesquisa permitiu ainda perceber que sujeitos com alterações de córtex frontal pelo uso de substâncias psicoativas têm uma probabilidade maior de apresentar dificuldades para aderir a tratamentos, desempenhos mais rebaixados de funcionamento executivo no que se refere gerenciamento de tempo, organização e resolução de problemas, autocontrole e motivação.

Portanto, o objetivo da avaliação neuropsicológica, além da avaliação, é o oferecimento de subsídios para a intervenção no comportamento humano, fazendo uma relação do funcionamento normal do sistema nervoso central, com o deficitário, por intermédio dos conhecimentos aplicados da neuropsicologia.

Por fim, é importante salientar o quanto a avaliação neuropsicológica é de suma importância na avaliação e psicodiagnóstico dos aspectos cognitivos de sujeitos em abuso de substâncias psicoativas.

Considerando que o seu uso causa impacto no prognóstico e nas intervenções a serem utilizadas, sendo necessário que o tratamento seja adaptado às necessidades individuais dos usuários dos serviços de tratamento, fazendo assim com que a intervenção realizada tenha um efeito positivo no que se refere à melhora de sintomas e diminuição de sofrimento dos indivíduos.

## Referências

- Almeida, P. P., Fontes Pinto Novaes, M. A., Bressan A ffonseca, R., & Tavares De Lacerda, L. A. (2008). Revisão: funcionamento executivo e uso de maconha. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 69–76.
- Almeida, P. P., & Monteiro, M. F. (2011). Neuropsicologia e dependência química. A. Diehl, DC Cordeiro, & R. Laranjeira (Cols.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.

- 
- Andretta, I., & Oliveira, M. S. (2011). A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(2), 218-226.
- Bolla, K. I., Eldreth, D. A., London, E. D., Kiehl, K. A., Mouratidis, M., Contoreggi, C. E. E. A. & Funderburk, F. R. (2003). Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task. *Neuroimage*, 19(3), 1085-1094.
- Capistrano, Fernanda Carolina, Ferreira, Aline Cristina Zerwes, Silva, Thaise Liara, Kalinke, Luciana Puchalski e Maftum, Mariluci Alves. (2013). Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. *Escola Anna Nery*, 17(2), 234-241. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200005>
- Cosensa, MR, Guerra LB (2011). *Neurociência e Educação: Como o Cérebro Aprende*. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, P. J., Nicastrí, S., Gomes, L. P., Moino, R. M., & Peluso, M. A. (2004). Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares TT - Neuropsychological impairments in crack cocaine-dependent inpatients: preliminary findings. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 103-106.
- Feldens, A. C. M., Silva, J. G., Oliveira, M. S (2011). Avaliação das funções executivas em alcoolistas. *Cad. Saúde Colet.*, 2011, *Rio de Janeiro*, 19 (2): 164-71
- Ferreira, V. R. T., & Colognese, B. T. (2014). Prejuízos de funções executivas em usuários de cocaína e crack. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 195-201.
- Godoy, Victor Polignano (2018). BDEFS escala de avaliação de disfunções executivas de Barkley / Russel A. Barkley; adaptação Victor Polignano godoy, Leandro Malloy-Diniz, Paulo Mattos. – 1. Ed. - São Paulo: Hologrefe.
- Kaplan, H.; Sadock, B., & Grebb, J. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miller, EK, Freedman, DJ, Wallis JD. (2002). The prefrontal cortex: categories, concepts and cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*. 2002;357(1424):1123-36
- Peixoto, C., de Oliveira Prado, C. H., Rodrigues, C. P., Devicari Cheda, J. N., da Mota, L. B. T., & Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Alcool e Drogas (CAPSad). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 317-321
- Serafim AP, Saffi F (2015). *Neuropsicologia forense*: Porto Alegre: Artmed.
- SENAD (2017). Ministério da Justiça. *Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e os efeitos biológicos comuns às drogas de abuso*. Eixo Políticas e Fundamentos. 2017. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094615-001.pdf>
- UNDOC (2018). *Relatório Mundial sobre Drogas*. Disponível em: <http://www.unodc.org/wdr2018/index.html>
- Viola, T. W., Cardoso, C. de O., Francke, I. D., Gonçalves, H. A., Pezzi, J. C., Araújo, R. B., . . . Grassi-Oliveira, R. (2012). Tomada de decisão em dependentes de crack: um estudo com o Iowa Gambling Task. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(1), 99-106.

## Poder nas organizações: uma visão psicanalítica sobre influências nos líderes

*Power in organizations: a psychoanalytic overview about influences on leaders*

**Adler de Macedo Berenstein<sup>1</sup> e Thalita Lacerda Nobre<sup>2</sup>**

**Resumo:** O presente estudo tem como objetivo compreender os elementos inconscientes que permeiam as relações de poder no ambiente organizacional, tendo como foco os trabalhadores em posição de liderança. Iniciando com uma contextualização psicanalítica sobre as sociedades e as relações de poder nelas presentes, o estudo parte para a análise das influências destas relações na vida e no comportamento dos sujeitos nelas inseridos, trazendo considerações a respeito das formas de trabalho nas empresas, seus vocabulários específicos e como as lideranças são vistas pelas organizações. O método em questão envolve pesquisa bibliográfica revisando títulos que tratem a respeito dos conceitos de liderança, inconsciente dos líderes e relações grupais, com base psicanalítica. Os resultados obtidos mostram que os sujeitos na organização estão passíveis de exclusão em caso de discordância da cultura organizacional e do não seguimento das regras não ditas, porém impostas pela instituição, bem como a importância do mundo interno dos líderes.

Palavras-chave: Liderança; Psicanálise; Relações de Poder.

**Abstract:** The purpose of this study is to understand the unconscious elements that permeate power relations in an organization, focusing on their leaderships. Starting with a psychoanalytic contextualization about societies and power relations present in them, the study goes on to analyze these influences on people's lives and behavior, considering about the ways of work in companies, their specific vocabularies and how leaders are seen by organizations. The method consists in bibliographic research reviewing titles related to leadership, unconscious of leaders and group relations, with a psychoanalytic basis. The results show that workers in an organization are likely to be excluded in case of disagreement with the organizational culture and by not following the non said rules that are imposed by the organization, as well as the importance of the leader's inner world.

Keywords: Leadership; Psychoanalysis; Power Relationships.

<sup>1</sup> Bacharel em Psicologia pela Universidade Católica de Santos. E-mail: adlerberenstein@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP e docente titular na Universidade Católica de Santos. E-mail: thalita.nobre@unisantos.br

---

## Introdução

Ao observarmos um ambiente organizacional é possível perceber que as empresas abrigam em suas estruturas hierárquicas, espaços físicos e discursos, as marcas das relações de poder ali presentes. Isto é perceptível quando analisamos as regras às quais os trabalhadores em diferentes posições são submetidos e os privilégios concedidos a poucos. Além disso, questionamentos como “Por que os sujeitos se submetem a certas relações de trabalho?” e o “Por que reproduzimos relações hierárquicas em todos os lugares?” contribuirão para o entendimento dessa pesquisa.

O que chama a atenção para o tema não é apenas o reconhecimento dessas marcas, mas sim a influência delas na atuação e na vida dos trabalhadores. As relações de poder não estão somente entre líder-liderado, mas também abarcam questões de gênero e a ligação da própria instituição com o trabalhador. Em “A banalização da injustiça social”, (Dejours, 1998) nota-se como o próprio trabalho (e a forma como ele se modifica) influencia e insere imposições na vida do trabalhador. Novos modelos de trabalho oriundos das reformas estruturais propiciam o surgimento de condições dolorosas e de adoecimento, distorcendo o trabalho bem feito, o sentido da responsabilidade e da ética profissional: “Ser constrangido a executar mal o seu trabalho, a atamanca-lo ou a agir de má-fé é uma fonte importante e extremamente frequente de sofrimento no trabalho [...]” (Dejours, 1998, p. 32).

Quando a visão sobre a organização e sobre o trabalhador é focada apenas em seus resultados perde-se o contato com a visão integral do ser humano, empobrecendo o espaço para pensar o seu bem-estar, já que o pensar, não de hoje, passou a ser algo voltado à produtividade e à objetividade. As regras das instituições contribuem para que a criticidade do ser esteja diretamente ligada àquilo que produz mais, aos métodos que podem ser revisados com o objetivo de melhoria contínua e excelência.

São as interações humanas que dão espaço para conceitos postulados inicialmente por Freud, como a transferência e a contratransferência, a projeção e introjeção, e quando falamos de uma empresa a situação não é diferente, basta que as pessoas estejam presentes na organização e se relacionem para que existam estas díades.

Com o objetivo de levantar e compreender os elementos inconscientes que permeiam as relações de poder no ambiente organizacional, com foco nos trabalhadores em posição de liderança, este trabalho se debruça sobre o histórico psicanalítico das relações de poder, partindo de uma análise do “pai totêmico” de Freud, com breve passagem pelo “Nome-do-pai” para Lacan, buscando compreender de forma mais abrangente o mundo interno dos líderes e a relação destes com as organizações, sempre na busca por respostas e comprovações do que se acredita: discurso e cultura organizacionais aliados aos poderes conferidos a determinados cargos influenciam o modo de agir do trabalhador direcionando-o para uma função de retransmissor passível de exclusão caso não a cumpra. Deve-se registrar a dificuldade encontrada pela aproximação ao tema, de não tecer críticas aos modelos de trabalho atuais e as formas de atuação das lideranças, localizando na obra de Dejours berço para demais reflexões.

## Método

O método em questão envolve pesquisa bibliográfica revisando títulos que tratem a respeito dos conceitos de liderança, inconsciente dos líderes e relações grupais, com base psicanalítica.

Os critérios utilizados para esta pesquisa bibliográfica foram: obras que relacionem a psicanálise com o social e as organizações, juntamente com a base de dados Scielo, e que envolvam como palavras chave os termos Psicanálise, Trabalho, Organização e Poder e Liderança. O período escolhido varia de 1913, com a obra Totem e Tabu, de Freud, e, para artigos científicos utiliza-se como referência o ano de 2010 até o momento atual.

## Histórico psicanalítico e a posição do pai dentro dos grupos

Para iniciarmos, Freud em sua obra “Totem e Tabu” (1912 - 1913), traz a consideração de que o sistema totêmico está presente como representação anterior às instituições sociais e religiosas. Por mais primitivos que os grupos sejam, existe a meta de evitar as relações incestuosas, com rituais de distanciamento nas tribos, como exemplo um homem que ao avistar uma mulher de mesma tribo (mesmo totem) / laço sanguíneo, caminhando sozinha, esconde-se atrás das folhas de um arbusto até que ela passe. Para estas tribos, “membros do mesmo totem não podem manter relações sexuais entre si, ou seja, de que também não podem se casar uns com os outros [...] A desobediência à essa proibição [...] é punida da maneira mais enérgica por toda a tribo, como se se tratasse de afastar um perigo que ameaçasse toda a comunidade” (Freud, 1912-1913, pp. 40 - 41).

Freud (1912-1913) nos conta também que membros de um mesmo totem possuem sagrado compromisso em não destruir ou obter qualquer usufruto de seu totem (que não necessariamente reside em um animal ou ser específico, mas sim em todos os representantes de uma espécie). Com relação ao tabu, é considerado que ele traga uma força mágica capaz de vincular as pessoas e espíritos e que esta força tem a capacidade de ser transmitida por objetos inanimados. O significado de tabu por sua vez é originário de uma palavra polinésia cuja tradução não possui mais estrita relação com o conceito original, assumindo dois vieses: o daquilo que é sagrado ou o proibido, impuro e perigoso.

De acordo com Freud, o resultado de uma violação do tabu não depende somente da força mágica aderente ao objeto tabu, mas também da intensidade do *mana* (a força mágica) que no transgressor se opõe a essa força. Seguindo este raciocínio, reis e sacerdotes são possuidores de uma enorme força que significaria a morte para seus súditos se entrassem em contato direto com eles, precisando de um mediador que mais se assemelha a um ministro dotado de *mana* também superior, podendo se relacionar com os líderes sem perigo. “A importância de tabus comunicados também depende do *mana* da pessoa de quem procedem; quando um rei ou um sacerdote impõe um tabu, este é mais eficaz do que se proviesse de um homem comum” (Freud, 1912-13, p. 61).

Mas o que todas estas reflexões sobre o clã totêmico, o funcionamento das relações por intermédio do *mana*, e a força do tabu nos dizem a respeito do mundo das organizações? Se existe relação entre esses mundos, qual seria ela?

Em princípio esta ligação pode parecer distante, mas se considerarmos o funcionamento filogenético do ser humano, a atuação em sociedade segue reproduzindo os comportamentos e as regras aplicadas aos grupos totêmicos. Mudaram-se os totens, mas os tabus continuam tendo a mesma função e o peso quicá maior (fora o chiste com a “colocação do falo na mesa”, que independe do gênero e nas organizações está associado à demonstração de poder).

---

Na organização, a cultura organizacional seria o totem, aquilo que “protege” o trabalhador, mas ao mesmo tempo é a regra que transmite a ideia de punição automática se não a respeitar. O *mana* é a energia que permanece funcionando como uma espécie de cola, unindo os grupos. Já o líder se assemelha à figura do sacerdote, aquele cuja energia é tão alta que os membros mais fracos do grupo precisam de mediadores nas relações. Estes mecanismos de relação dos sujeitos no grupo nos remetem às estruturas hierárquicas das empresas. Freud refere que o tabu de um rei é forte o suficiente para seu súdito pois a distância social entre eles é muito grande, mas o ministro pode fazer o papel mediador: “quanto ao ministro, pode moderar sua inveja em relação ao rei considerando o poder que a ele próprio foi concedido. Assim, diferenças menores na força mágica que induz à tentação são menos temíveis [...]” (Freud, 1912–1913, p. 76).

Em ocasião da decadência do pai totêmico, deste líder, o trabalhador deve alimentar-se de sua energia como forma de incorporação daquela figura, assumindo sua força, e sempre garantindo a legitimidade da figura de poder. Portanto, a conciliação simbólica, ou seja, a aceitação da figura do pai ou da mãe, não significa que seja necessário conviver com aqueles que podem ter gerado muito sofrimento, mas sim a aceitação de que está integrado dentro de si a libertação da submissão que estes causavam, a libertação da autoridade e da dependência para que o sujeito seja capaz de viver a vida adulta. Mas será mesmo que há essa liberdade ou o sujeito em uma tentativa de reviver esta relação procura na organização por figuras de autoridade para novamente estar submisso à regra externa e não à sua própria, já que o desenvolvimento da tomada de consciência por pensamento e reflexão é doloroso e requer grande movimento psíquico.

Para que não haja confusão com o uso da palavra pai, deixemos claro que não se trata aqui do pai propriamente dito como figura masculina detentora do poder, “trata-se menos da presença ou ausência de um pai real, mas de um lugar no discurso materno e de sua significação para a criança. Remete à “função paterna”, o representante da lei, que interdita o acesso onipotente da criança à mãe” (Folberg & Maggi, 2002, p. 93). Ainda de acordo com estas autoras, é por meio da análise dos diferentes significados que esta função exerce que podemos designar desde um lugar do pai biológico ao lugar da representação simbólica da lei, dos valores e dos ideais de vida do sujeito.

A partir do momento que ocorre a transposição do pai “castrador” é que o sujeito será capaz de expressar toda a sua potencialidade e o conteúdo já nomeado pela função materna: “Falar em “declínio da função paterna” significa situar os representantes subjetivos da constelação familiar, incluindo pai, mãe e filho, com suas características físicas, da ordem de nascimento na família e da rede significativa desses múltiplos personagens” (Folberg & Maggi, 2002, p. 94). Declínio de uma função paterna que também sofreu alterações no decorrer do tempo, embora ainda apresente sua importância.

Podemos correlacionar com o conceito de “Nome-do-pai” proposto por Lacan, como a forma de compreensão da realidade, sendo este uma cadeia significativa que se assemelha a uma imensa frase que explica a realidade. O Nome-do-pai é a “última palavra” que precisamos para entender a cadeia significativa. Nas mãos de Lacan esta visão parece sugerir uma interpretação mais patriarcal e fálica da realidade, na qual “A mulher não existe”, pois, os homens possuem o símbolo que os representa no universo ao passo que a mulher não. O Nome-do-pai teria então a função de não permitir a queda do sujeito no mecanismo de forclusão “que estaria na origem do fato psicótico; consistiria numa rejeição primordial de um “significante” fundamental para

fora do universo simbólico do sujeito” (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 195). Sem a integração do Nome-do-pai ao inconsciente do sujeito, não há inserção no ambiente social e organizacional.

## A respeito da liderança

A liderança exige competências profissionais e até mesmo pessoais que não chegam a ser acessíveis a todos, e não é tarefa complicada encontrar pessoas com essas competências nos mais inusitados lugares. Nosso foco está nas lideranças em níveis gerenciais, trabalhadores nesta posição hierárquica que implica, segundo Gomes (2017, p. 84), em “pessoas cuja atuação depende o funcionamento de um sistema de gestão, a direção de um setor, departamento, ou mesmo da empresa”.

Um cargo não é uma garantia. A tribo precisa reconhecer o *mana* do líder como poderoso, logo, um líder vai até onde o reconhecem como tal. Paul Spector (2012, p. 346) nos traz uma ideia de liderança que “envolve influenciar as atitudes, crenças, comportamentos e sentimentos dos outros. Pessoas que não são líderes também influenciam os outros, mas os líderes exercem uma influência desproporcional”. Lapierre (1995) nos diz que, por não pertencer somente ao líder, o fenômeno liderança precisa de uma ligação entre as visões de um líder e os desejos daqueles que o acompanham. Segundo Nobre (2017), um líder surge a partir do reconhecimento pelos outros e por si mesmo em seu comportamento, não apenas porque a organização o designou assim.

Gomes (2017, p. 84) dirá que sobre o tema liderança paira na atualidade uma espécie de aura mítica, legitimando o discurso de que somente pessoas eleitas, especiais, diferentes das comuns é que estarão aptas a exercer tais cargos: “Evoca eficácia e dispõe de uma conotação de qualidade superior. Liderar obteve o significado em nosso meio social de poder e sucesso profissional”.

Quando falamos do poder, este é “a extensão na qual uma pessoa pode influenciar outra para fazer algo. [...] Apesar de as bases do poder serem discutidas como características do supervisor, o poder surge na interação entre subordinado e supervisor” (Spector, 2012, p. 346–347).

É possível também classificarmos as bases do poder, segmentando-o em poder do conhecimento, da referência, legítimo, poder da recompensa e poder da coerção. (French; Raven, 1959 como citado em Spector, 2012, p. 347). Nas organizações há também o poder político, que tem como objetivo o controle dos processos decisórios: “a ação política é o processo pelo qual as pessoas conquistam e protegem seu poder na organização” (Yukl, 1989 como citado em Spector, 2012, p. 348). Desta forma, assumir as posições estratégicas dentro de uma organização garante poder de decisão sobre estruturas, informações, pessoas e discursos. Spector (2012) coloca que a habilidade política é um importante componente já que a base da liderança é influenciar os demais. Nesta linha, a palavra *networking* – rede de relacionamentos imprescindível para a ascensão profissional e garantia de “segurança” ao líder, que tem aliados confiáveis – assumiu espaço entre o discurso dos trabalhadores e das organizações.

Existem diversas formas de compreender a liderança, mas o interessante é que ao nos concentrarmos na diáde subordinado-supervisor pela teoria da interação líder-membro, de acordo com Dansereau (1975 como citado em Spector, 2012), percebe-se que demais pesquisas sobre o tema têm suas limitações na crença de que grupos de trabalho são homogêneos, desconsiderando particularidades da relação entre líder e cada subordinado.

---

## O discurso organizacional

Esta e tantas outras abordagens bem como as possíveis formas de atuação de um líder nos auxiliarão na compreensão de seu mundo interno, já que não devemos esquecer que antes de um cargo ou representante de uma empresa, o líder é indivíduo. Por ser indivíduo, carrega seu imaginário da liderança, suas crenças e modelos que construiu na infância, modelos e bases estas que fazem com que signifique o mundo.

Como será então que um líder define qual é a melhor maneira de agir? É capaz de discernir entre os modelos que deve assumir ou é levado pelos discursos da organização e por seu imaginário, seus fantasmas? Homens e mulheres atuam da mesma forma? Sobre este último questionamento Spector (2012, p. 365) também coloca suas considerações, dizendo que “nossos estereótipos relativos a homens e mulheres sugerem que as mulheres se preocupariam mais com os sentimentos e o bem-estar emocional dos subordinados (consideração), enquanto os homens se voltariam mais à realização do trabalho (estrutura de iniciação)”. A resposta é mais complexa do que associações entre o esperado da mulher e do homem. Dejours (1998) discutirá, por exemplo, a respeito da virilidade necessária, tanto para homens quanto para mulheres, para a manutenção de suas posições.

Ainda se pensarmos na análise de Dejours a respeito deste tema, poderemos observar nos estudos de Spector (2012, p. 373) que: “[...] os estilos estereotipados de homens apresentando alto nível de estrutura e mulheres apresentando alto nível de consideração foram encontrados em pesquisas de laboratório, com estudantes, mas não em estudos em campo, com líderes reais.” Disto, serão extraídas duas hipóteses: “[...] um contexto organizacional inclui restrições e requisitos ambientais que podem forçar líderes homens e mulheres a adotar estilos similares [...] ou as organizações podem selecionar mulheres que apresentem estilos de liderança similares aos dos homens” (Spector, 2012, p. 373).

Independente destas análises entre os sexos, a liderança tornou-se tema de interesse em todas as esferas, recaindo sobre ela uma responsabilidade de tornar prósperas quaisquer organizações: “O interesse pela temática da liderança é um dos imperativos atuais. [...] As empresas buscam intensamente líderes atuantes, competentes e eficazes como uma questão de sobrevivência no mercado competitivo” (Gomes, 2017, p. 84).

Justamente por esta hipervalorização a liderança recebe os olhares e julgamentos de todos, aumentando o grau de competência exigida dos líderes, que devem possuir demasiada inteligência, capacidade crítica sobretudo, iniciativa, planejamento, disponibilidade total ao trabalho, visão empreendedora, entre outras características: “A mensagem imposta é: controlem e previnam tudo, até o que é imprevisível, para serem considerados profissionais competentes, mesmo que a única constância que se possa vislumbrar nos ambientes empresariais atuais seja a mudança” (Gomes, 2017, p. 85).

São exigidas características cada vez mais heróicas para que estes estejam aptos a participar dos mais diversos e desafiadores ambientes organizacionais. Desta forma se dá a seleção natural nas empresas. Na visão de Nobre (2017, p. 87), “As empresas têm optado por uma perspectiva estratégica onde se busca uma performance excelente tanto do líder quanto de seus liderados. Deste modo, ao líder é exigido como característica fundamental a capacidade de adaptabilidade às mais adversas situações”

O discurso, transmitido por meio da cultura e disseminado pelos “dirigentes” (líderes ou os profissionais dos Recursos Humanos), tem o papel de moldar o pensamento do trabalhador, voltando-o para uma posição de cooperação (ou submissão). De acordo com Antonio Freddo (2001, p. 21) “[...] o sujeito não coopera de modo espontâneo e consciente, a não ser que em sua atuação esteja imbuído de um senso de oportunismo e queira, de algum modo, levar vantagem enquanto desempenha seu papel na organização”.

Existe denominação também de imaginário para a cultura da organização, como uma espécie de imaginário organizacional, algo que é compartilhado pelos dirigentes ou por todos os empregados, mostrando a importância do imaginário para a identidade da empresa. O trabalhador “vestirá a camisa” da empresa não como dirigente, mas como locutor do poder político ali presente, sendo manipulado, diferentemente do dirigente, uma vez que, segundo o autor, este último tem consciência do conteúdo ideológico, alienante, do discurso, pois o produz, e sua missão é a manipulação e a doutrinação. Segundo Gomes (2017), cabe então ao líder fazer a intermediação entre organização (transmitindo a ideologia desta) e demais trabalhadores. Este comportamento tem como objetivo direcionar o trabalhador para a produtividade e lucratividade.

Com estes pontos colocados no lugar, é possível agora levantar alguns questionamentos a respeito do discurso. O dirigente possui de fato o real discernimento e crítica para avaliar o discurso que dissemina? Os líderes das grandes empresas reconhecem por trás da cultura e discurso organizacionais as formas de manipulação e direcionamento do trabalhador? Ou seriam eles mesmos também manipulados? Se a cultura organizacional for considerada como o tabu transmitido pelo chefe da tribo, há de se considerar que o senso crítico do interlocutor esteja prejudicado. O que fica marcado então é o aprendizado da obediência por parte dos trabalhadores, segundo Antonio Freddo, pelo processo educativo que conduz a este aprendizado nas organizações.

Faria & Meneghetti (2007 como citado em Gomes, 2017) nos contam que as organizações têm poder de influenciar o inconsciente de seus membros tornando-os aliados na manutenção deste mesmo poder, e ao mesmo tempo são os ambientes nos quais os seres humanos encontram a realização de muitos dos seus desejos e anseios. Logo, para entendermos os processos sociais de controle e poder precisamos explorar a vida psíquica dos indivíduos e a vida psíquica das organizações.

Levando em consideração o exposto por Gomes, a legitimidade do discurso organizacional, pela visão de Freddo, terá dois principais caminhos. O primeiro é “vestir a camisa” buscando tirar proveito e reconhecendo o conteúdo ideológico, e o segundo, que envolve a interiorização, por meio de consentimento com a doutrinação. Desta forma, o caminho pela excelência segue paralelo ao caminho do adocimento. É transmitido ao trabalhador o discurso de que precisa ter o sentimento de dono, de fazer parte do time, como se fosse um chefe de família, mas não é passado a ele o preço que se paga por esta postura. O sentimento de dono é apenas isto, sentimento, já que na realidade o “benefício” de participação nos lucros mascara o distanciamento entre a conta do trabalhador e as contas milionárias dos reais donos da empresa.

Visto que independente do caminho escolhido (ou de certa forma imposto) pelo líder, frente à cultura organizacional, percebe-se que em qualquer uma das possibilidades o sujeito sofrerá as influências deste mecanismo, desta relação de poder, da racionalidade instrumental que (a fim de manter

---

uma prática alienante) “se apresenta à ação humana na organização através do discurso, como uma lógica de dominação, cuja finalidade é a preservação do inconsciente político da organização e cujo locutor se mostra um sujeito a serviço de um poder político.” (Freddo, 2001, p. 24).

## O mundo interno dos líderes

A busca pelo conhecimento do mundo interno do líder surge pelas influências de autores como Laurent Lapierre (1995). De acordo com Godoi *et al* (2017), “o grupo tem o desejo de organizar-se diante de um líder; mas, para que isso ocorra, o líder precisa acreditar fielmente em suas próprias ideias para corresponder e influenciar o grupo”. A base está na crença, na energia investida nos ideais do líder e por consequência, espera-se, nos ideais da organização. De acordo com Lapierre (1995 como citado em Godoi, 2017), “o que vai definir o fenômeno liderança [...] é a vida psíquica do líder, ou seja, as emoções que externaliza, a forma como percebe o mundo e como age com os outros e se comporta”.

Com isto pode-se perceber a importância do reconhecimento do mundo interno do líder, uma vez que este cria dentro de si um modelo de liderança que acredita dever ser seguido, contendo seus fantasmas, suas necessidades, desejos e inseguranças, e estes por sua vez, se não muito claros para o líder, o tornarão vítima de si mesmo ou seus subordinados vítima deles. Portanto, a liderança não pode ser compreendida apenas pelas teorias administrativas, recebendo um cuidado mais completo quando consideramos estes outros aspectos. Outro exemplo disto reside no fato de que, para Faria e Meneghetti (2007 como citado em Gomes, 2017) estudando as relações de poder e controle nas organizações, nota-se as relações entre organização e inconsciente como conceitos de mútua influência, sendo necessárias tanto uma compreensão histórica da sociedade quanto uma compreensão de questões inter e intrapessoais de seus membros.

Com base nisto, precisamos considerar também as relações de poder e mecanismos sociais existentes, e quando tratamos das relações de poder dentro de uma organização, não estamos falando somente do poder político, mas sim do poder sobre os outros, da possibilidade de controle, o poder na relação em si. Como Lapierre (1995) pontua, os medos e a ambivalência que suscita a liderança dizem respeito a questões do poder que detém um indivíduo sobre os outros e mais particularmente à possibilidade de se fazer cumprir desejos e necessidades do poder do líder em determinada situação.

Neste espaço representado por medos e inseguranças, o imaginário dos líderes (resultado das projeções, construções intelectuais do próprio sujeito com base em suas memórias) e os fantasmas (trama ou drama que dão sentido à vida de uma pessoa, por meio de defesas, paixões ou obsessões) destes que de acordo com Lapierre (1995) podem ser classificados em conscientes e inconscientes, representam os elementos que não estão claramente aparentes, sendo necessário investigá-los para compreender a realidade do líder. É o fantasma que confere sentido e direção ao modo de pensar e de agir. Nesta investigação entram em contato a subjetividade do líder e a do pesquisador, constituindo sempre uma relação ao mínimo dual para compreensão do imaginário. Ainda segundo Lapierre (1995), Erik Erikson considerou que os fantasmas, por justaposição, constituem o estilo de liderança e que quando bem integrado, o sujeito apresenta seus fantasmas transformados, dificultando o acesso às suas formas mais primitivas e brutais.

Olhando agora para o “lado obscuro da liderança”, não são raros os casos, principalmente entre os CEO (Chief Executive Officer – Diretor Executivo, em português), relacionados ao narcisismo, embora acredite-se que certa dose deste seja importante ao exercer o cargo. Propõe-se então uma distinção entre narcisismo reativo e outro que é construtivo. “Os narcisistas construtivos seriam aqueles que têm uma boa base familiar, com estrutura de segurança que dá suporte para saber o que quer ser [...], porém não são tão envolvidos com os outros, apesar de garantirem uma boa convivência”. (Vries, 2003 como citado em Godoi *et al*, 2017, p. 604).

Já o narcisismo reativo está associado ao sujeito que sente não ter sido amado o suficiente, tendo como combustível o fantasma do sucesso sem limite. O narcisista reativo tem o desejo de dominar de modo frio, implacável, grandioso e exibicionista. Estas e outras segmentações do narcisismo são discutidas por Lapierre em “Chanel, o espírito de independência e a liberdade criadora”, capítulo que compõe sua obra, abordando a vida de Chanel enquanto líder, iniciando com uma contextualização de sua infância.

## Os mecanismos de manipulação e as injustiças no trabalho

Conforme comentado anteriormente, a pressão para mal trabalhar, para mal fazer, está presente na vida das organizações e é fruto de alianças entre os meios de produção, as visões focadas em lucratividade e a falta de preocupação com a qualidade. Dejours (1998) já pontuava estes temas, que com o passar do tempo agravaram-se. A obra de Dejours se mantém atual pois os mecanismos aos quais nos referimos não tiveram grandes mudanças. Os termos usados para descrever ou mascarar são outros, mas em essência tem os mesmos funcionamentos. De acordo com Dejours (1998, p. 31), independentemente das competências e dos conhecimentos do trabalhador, este “não pode fazê-lo porque o impedem as pressões sociais do trabalho. Colegas criam-lhe obstáculos, o ambiente social é péssimo, cada qual trabalha por si, enquanto todos sonham informações [...]”.

Os bloqueios para efetuar o trabalho da forma correta são fonte de sofrimento ao trabalhador. As lideranças fazem parte disso, contribuindo para a criação de obstáculos destinados aos que estão abaixo, embora também sofram da mesma tática por parte dos donos das empresas. Estas situações têm como característica aparecer de formas sutis, como negar acesso a determinadas informações ou dificultar o trabalho dos demais de forma não colaborativa, que: “podem contribuir para tornar aceitável aquilo que não deveria sê-lo. Por isso as estratégias defensivas cumprem papel paradoxal, porém capital, nas motivações subjetivas da dominação a que já nos referimos” (Dejours, 1998, p. 36).

Caso estas dificuldades no ambiente de trabalho estejam ligadas ao surgimento de alguma patologia, esta não poderá ser abordada, uma vez que falar sobre isto nas organizações é entendido, por vezes, como “mexer em um vespeiro”. Dejours (1998) afirma que toda abordagem de questões subjetivas e problemas psicológicos são tratados com resistência por prejudicarem a ação coletiva e valorizarem o individual.

A fim de legitimar as práticas de manipulação e de perpetuar as regras da organização, surge o conceito de “recursos humanos”, fruto também de movimentos decorrentes das organizações trabalhistas, como Dejours (1998) coloca esta área ligada à introdução de novos métodos e conceitos

---

como “cultura empresarial, projeto institucional, mobilização organizacional”, anestesiando assim a capacidade de resistência e de ação coletiva das organizações sindicais. Fora a ideia da área de recursos humanos como uma contribuinte para a legitimação das práticas de controle, como coloca Gomes (2017), é contribuinte também para o surgimento de conflitos internos no líder a percepção, por parte dele mesmo, de qual posição ocupa em um sistema de classes capitalista, visto que em partes ele é representante do controle de capital e simultaneamente, assume a posição de empregado assalariado.

Devemos levar em consideração todos os pontos ligados à liderança e listados anteriormente, para ponderar sobre as influências que esta sofre da cultura organizacional e influências que também causa nesta cultura, podendo contribuir para torná-la facilitadora de um ambiente organizacional saudável e colaborativo ou disfuncional e emergente de diversas patologias e fonte de sofrimento no trabalho. A personalidade do líder se molda ao contato com a cultura, assim como este também irá moldá-la para uso a favor de seus objetivos. Além do contato com a cultura organizacional, há também as influências do modelo de sucesso da sociedade contemporânea, o qual, segundo Gomes (2017, p. 86), é reflexo das prioridades pessoais influenciadas pelo sistema capitalista moderno: “[...] emerge uma preocupação acentuada com a realização individual, com a beleza e a juventude, a felicidade e o sucesso pessoal pautados em uma ideologia que prevalece a busca do prazer individual sobre todas as coisas”.

Aos que não alcançam este ideal de sucesso resta um passeio turístico pelos bosques de sofrimento psíquico, imersos na crença de que não foram bons o suficiente ou de que possuem limitações que os bloqueiam. O sofrimento psíquico por sua vez sofre de banalização: “O estresse foi naturalizado como um produto da vida cotidiana, associado, dentre outras coisas, à luta diária em corresponder à imagem idealizada pela profissão, muitas vezes, inacessível” (Gomes, 2017, p. 87).

Dejours (1998), afirma que a informação destinada aos empregados (gerentes ou operários) é adulterada, mas é por meio dela que perdura a mobilização subjetiva do gerente. O nome dado à estratégia por trás desta adulteração de informação é a “estratégia da distorção comunicacional”. O problema surge quando se nota que há a participação das pessoas de bem neste mal como sistema de gestão. Soa como uma acusação à gestão nas empresas, e o é, porém Dejours acredita que estes estão em posição de perversos, paranoicos, abnegados ou idealistas apaixonados. Retomando nossa base psicanalítica, os fatores acima expostos contribuem para que recaia sobre o trabalhador (não excluindo o líder) a ameaça da castração, que é, de acordo com Dejours (1998), nestes casos um instrumento de banalização do mal, invertendo o ideal de justiça através da mediação com a ameaça de castração. A angústia dessa castração permanece no inconsciente do adulto.

Existiria então uma busca pelo trabalho como fonte de sublimação e uma busca pela submissão a alguém cujo poder é tão forte que geraria a ameaça de castração novamente? Uma pergunta muito complexa para que façamos afirmações por uma ótica reduzida. O que de fato poderemos constatar é que para afirmação de seus altos níveis de virilidade e para que não deixem de ser reconhecidos como homens, para que possam se afirmar sexualmente e mostrar à sociedade que não são covardes, os sujeitos se colocam em situação de “trabalho sujo” e se transformam em “colaboradores”, como os chama Dejours (1998) e todo o restante do mundo corporativo que busca em palavras atualizadas esconder o sentido daquilo que já existia em ocasião das revoluções industriais.

A virilidade para Dejours assume um sentido de ser capaz de cometer violência contra outrem, em nome “do exercício, da demonstração ou do restabelecimento do domínio e do poder sobre o outro”. (Dejours, 1998, p. 81). É equivocado associarmos a virilidade com a masculinidade. A virilidade da qual falamos é fruto de construções sociais que também tornam passíveis de exclusão aqueles que não a exercem: “[...] recusar-se energeticamente a fazê-lo, em nome do bem, correndo assim o risco de ser denunciado, punido e até incluído na próxima lista de demissões”. (Dejours, 1998, p. 82).

## Considerações finais

Dado todo o desenvolvimento desta pesquisa, podemos observar por variados vieses, muitos destes ligados à psicanálise, uma série de influências sobre os líderes. Desde o início tivemos uma proposta exploratória com o intuito de que a pesquisa se torne uma introdução a estudos posteriores. Pôde-se perceber a existência de diversas visões da liderança, com enfoques diferentes e, portanto, fica claro que para uma melhor compreensão do fenômeno liderança faz-se necessário considerar todos os seus aspectos.

Nossa jornada através do tema assume caráter mais crítico quando envolvemos Christophe Dejours. O intuito é mostrar o líder como um sujeito na condição de trabalhador comum, que por vezes não se reconhece enquanto um, e segue com suas práticas que trazem forte impacto negativo na vida de seus subordinados e em sua própria. Ser um “colaborador do trabalho sujo”, como vimos, não necessariamente caracteriza um crime, mas traz consequências na vida e na saúde dos trabalhadores.

Se esta pesquisa pôde esclarecer algum ponto, acredita-se que este seja o fato de que se encontrou no discurso e cultura organizacionais (aliados aos poderes conferidos a determinados cargos) as influências no modo de agir do trabalhador direcionando-o para uma função de retransmissor passível de exclusão caso não a cumpra.

Restam inúmeras dúvidas e questionamentos a serem feitos sobre o mundo do trabalho e suas implicações na vida dos sujeitos, reconhecendo sua dimensão multifatorial. A questão da virilidade nas organizações, as influências da sociedade na qual uma organização está inserida, a história de vida do próprio líder, os novos métodos e exigências do mundo do trabalho, dentre tantos outros assuntos que ainda precisam ser esclarecidos. Neste mesmo sentido, associa-se à contribuição de Morgan (1996) quando coloca que “As organizações não são condicionadas somente pelos seus respectivos ambientes; são também moldadas pelos interesses inconscientes dos seus membros e pelas forças inconscientes que determinam as sociedades nas quais elas existem.”

O anseio é de que seja realizada uma pesquisa de campo capaz de mostrar mais de perto, em contato direto com os líderes, como os mecanismos de manipulação e seus discursos estão enraizados na forma de agir, de forma imperceptível para qualquer pessoa que não tenha como propósito investiga-los e trazê-los à tona.

## Referências

- Dejours, C. (1998). *A Banalização da Injustiça Social (7a ed.)*. São Paulo, SP: Editora Fundação Getúlio Vargas.
- Folberg, M.N. & Maggi, N.R. (2002). Declínio da Função Paterna e Dialética da Simbolização. *Estilos da Clínica*, 7(13).

- 
- Freddo, A. C. (2001). *O Espelho da Alienação*. São Paulo, SP: Cad. Posgrad, Editora Leopoldianum.
- Freud, S. (2013). *Totem e Tabu*. Porto Alegre, RS: Editora L&PM Pocket. (Obra original publicada em 1913)
- Godoi, C.K., Cargnin, F.R.G., Uchôa, A.G.F. (2017). Manifestações Inconscientes na Relação Líder-Liderado: contribuições da teoria psicanalítica aos estudos organizacionais. *Cad. EBAPE.BR*, 15(3), (paginação irregular).
- Gomes, A. M. G. (2017). Liderança e Personalidade: Reflexões Sobre o Sofrimento Psíquico no Trabalho. *Revista de Psicologia*, 8(2), 83-91.
- Lapierre, L. (1995). *Imaginário e Liderança: na Sociedade, no Governo, nas Empresas e na Mídia*. 1. ed. São Paulo, SP: Atlas.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. (4a ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Morgan, G. (1996). *Imagens da organização*. São Paulo, SP: Atlas.
- Nobre, T.L. & Mello, R.C.H. (2017). Liderança nas Organizações: um estudo sobre esta competência na atualidade. *Revista Iluminart*, 14(9).
- Spector, P. E. (1986). *Psicologia nas organizações*. São Paulo, SP: Editora Atlas.

## Terapia cognitivo comportamental em grupo de obesidade e sobrepeso

*Cognitive behavioral therapy in a group of obesity and overweight*

**Andressa Paiva Porto<sup>1</sup>, Livia Nascimento Rabelo<sup>2</sup>, Elihab Pereira Gomes<sup>3</sup>, Ezequiel Batista do Nascimento<sup>4</sup>, Ana Lúcia de Lima<sup>5</sup> e Juliana Carvalho de Sousa<sup>6</sup>**

**Resumo:** A obesidade e o sobrepeso vêm se destacando paulatinamente nos últimos anos, fruto de inúmeros motivos, tornando-se, então, uma questão de saúde pública, uma vez que, falar sobre essa temática vai além de destacar padrões de beleza, mas discutir as possibilidades de diminuir o número de doenças que se instalam com o aumento do peso e dos maus hábitos alimentares. É de extrema importância a discussão dessa temática por profissionais da psicologia. Nesse sentido, a Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo (TCCG) tem se mostrado eficaz no tratamento de pessoas obesas. Com base nessa questão, o objetivo desse trabalho é relatar a experiência de uma intervenção em TCCG com pessoas com excesso de peso, deixando notório a relevância da TCCG no processo terapêutico e de mudança de comportamento alimentar atrelado a mudança da cognição. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo do tipo relato de experiências. Por fim, foi possível notar a importância do processo grupal para o crescimento de cada membro em individual, uma vez que foi verificado a reestruturação cognitiva e as mudanças no comportamento alimentar dos participantes.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Obesidade; Sobrepeso.

**Abstract:** Obesity and overweight have been gradually increasing in recent years, the result of numerous reasons, becoming, then, a public health issue, since talking about this theme goes beyond highlighting beauty standards, but discussing the possibilities of decrease the number of diseases that arise with weight gain and poor eating habits. It is extremely important to discuss this topic by professionals in psychology. In this sense, Group Cognitive Behavioral Therapy (CBTG) has been shown to be effective in treating obese people. Based on this question, the objective of this work is to report the experience of an intervention in CBTG with overweight people, making the relevance of CBT in the therapeutic process and change in eating behavior notorious linked to the change in cognition. It is a qualitative research of the type of experiences report. Finally, it was possible to notice the importance of the group process for the growth of each member individually, since the cognitive restructuring and changes in the eating behavior of the participants were verified.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy; Obesity; Overweight.

<sup>1</sup> Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental, Faculdade Diocesana de Mossoró. E-mail: andressapaiva\_@hotmail.com

<sup>2</sup> Mestranda em Neuroengenharia, Instituto Internacional de Neurociências (IIN-ELS). E-mail: lih\_nascimento14@hotmail.com

<sup>3</sup> Mestrando em Saúde e Sociedade, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). E-mail: elihabpsi@gmail.com

<sup>4</sup> Mestre e Doutor em Psicobiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Docente da Universidade Federal do Sul da Bahia. E-mail: izaquen@gmail.com

<sup>5</sup> Doutoranda em Psicologia, Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Docente na Faculdade Católica do Rio Grande do Norte. E-mail: analucialimaa@gmail.com

<sup>6</sup> Doutoranda em Administração, Universidade Potiguar (UnP) e Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). E-mail: juli.cs1009@gmail.com

---

## Introdução

No ano de 2018, 13% da população mundial, adulta, estava obesa e 26% com sobrepeso (World Health Organization, 2018). Um dos principais problemas no tratamento da obesidade e sobrepeso é a dificuldade em manter o novo padrão de comportamento alimentar a longo prazo (Kasman, S. & Kasman, A., 2020; Chatterjee, Gerdes & Martinez, 2020; Sarokhani, 2020). A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem como pressuposto a noção de que os padrões comportamentais são influenciados por fatores cognitivos (pensamentos e crenças) e emocionais (Melo, Bergmann, Neufeld, Machado & Conceição, 2014; Baker *et al.*, 2020).

Conforme Neufeld, Moreira e Xavier (2012) a TCC aplicada a esta demanda propicia que os indivíduos compreendam seus padrões alimentares e os fatores que influenciam a manutenção deste padrão, podendo assim refletir acerca destes e modificá-los através da reestruturação cognitiva e de mudanças no estilo de vida que possam ser seguidas a longo prazo. A TCC para o tratamento da obesidade ou sobrepeso pode ser aplicada de forma individual ou grupal. No entanto, Neufeld & Rangé (2017), argumentam que a Terapia Cognitivo Comportamental em grupo (TCCG) pode ser mais eficaz para a perda de peso devido aos fatores terapêuticos da universalidade e da coesão grupal, porque a terapia grupal proporciona um ambiente facilitador para a experimentação de novos comportamentos.

Ressalta-se que o objetivo fundamental de todo e qualquer grupo é a possibilidade de mudança que abrange os membros envolvidos no processo, o que favorece a aquisição da tomada de posições distintas frente à situação grupal (Sasaki, 2017). Assim, a TCC em grupo (TCCG) ao trabalhar a reestruturação cognitiva, propicia a modificação dos padrões de crenças e pensamentos disfuncionais e dos comportamentos associados. No caso da TCCG para pessoas obesas e com sobrepeso, estudos têm evidenciado que essa é superior a psicoterapia individual por propiciar um ambiente homogêneo, em que os pacientes têm vivências semelhante, no que se refere a demanda trabalhada (Neufeld *et al.*, 2012; Neufeld, Affonso, Bueno, Pessa & Rangé, 2016; Neufeld & Rangé, 2017; Magill *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, a TCCG para pessoas obesas e com sobrepeso propicia aos integrantes do grupo o reconhecimento das suas cognições disfuncionais, acerca da demanda proposta, que influenciam diretamente no comportamento alimentar desadaptativo, assim a TCCG propicia a reestruturação destas cognições através do seu reconhecimento e de técnicas específicas para essa finalidade, que tem como consequência, a modificação do comportamento alimentar e a aquisição de hábitos mais saudáveis, levando assim a uma perda de peso. No entanto, ressalta-se que a perda de peso é um objetivo secundário alcançado mediante a modificação cognitiva e comportamental (Neufeld *et al.*, 2012; Neufeld *et al.*, 2016; Neufeld & Rangé, 2017).

Além do enfoque na compreensão, monitoramento das cognições e dos comportamentos, a TCCG aplicada a pessoas com excesso de peso, também foca na psicoeducação sobre a obesidade e a alimentação emocional, proporcionando ao cliente informações que ajudarão no processo em curto, médio e longo prazo. A alimentação emocional consiste na ingestão alimentar influenciada por estados emocionais. Fatores cognitivos como baixa autoestima, visão negativa de si, sentimento de culpa e frustração, assim como estados de ansiedade, estresse e tristeza podem influenciar a alimentação emocional, pois o indivíduo alimenta-se na tentativa de suprimir a emoção negativa. Através

da psicoeducação os indivíduos passam a compreender os processos cognitivos envolvidos na alimentação. (Pergher, Coope, Fairburn & Hawker, 2009; Hindle, Garcia, Hayden, Brien & Brennan, 2020; Vainik, García-García & Dagher, 2019).

Também são trabalhados treinos de autocontrole, desenvolvimento de hábitos saudáveis, treino de habilidades sociais e prevenção de recaídas. Essa última merece atenção especial, uma vez que é o principal diferencial da TCC em relação às demais terapias utilizadas nos tratamentos de emagrecimento, já que a maioria dos tratamentos ofertados focam apenas na redução do peso, mas não em sua manutenção a longo prazo. Acerca disso, tem-se os dados do Ministério da Saúde de que 90% ou mais das pessoas que perdem peso através de dietas ou uso de medicamentos tendem a engordar novamente poucos meses depois (Pergher, Coope, Fairburn & Hawker, 2009; Deluchi & Souza, 2013; World Health Organization, 2018).

Porém, embora a eficácia deste tratamento seja comprovada cientificamente ainda são poucos os estudos que apresentam a estrutura do programa de forma detalhada, relatando a experiência de cada sessão (Radomile, 2003; Neufeld *et al.*, 2012; Neufeld *et al.*, 2016). Desta forma, o objetivo deste estudo é apresentar um relato de experiência de uma intervenção de terapia cognitivo-comportamental em grupo com foco na mudança do comportamento alimentar e das cognições em pessoas obesas e com sobrepeso.

## Material e método

Esta pesquisa configura-se como um relato de experiência, de abordagem qualitativa, acerca das experiências observadas em um grupo terapêutico de orientação cognitivo-comportamental para pessoas obesas e com sobrepeso. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Potiguar, parecer 3.253.245. Os participantes foram informados acerca dos objetivos da pesquisa, assim como seus possíveis benefícios e/ou eventuais riscos.

A amostra foi selecionada por conveniência mediante triagem dos interessados em participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: estar entre 18 e 60 anos; e ter o índice de massa corporal (IMC) acima de 27. Os critérios de exclusão foram: fazer uso de alguma medicação com objetivo de perda de peso; possuir um ou mais dos seguintes transtornos - bulimia nervosa, anorexia nervosa e transtorno depressivo.

A pesquisa contou inicialmente com 10 participantes, sendo nove do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade variando entre 30 e 59 anos. Ao longo do grupo houve uma desistência, dessa forma, o mesmo finalizou com nove participantes. Destes, seis apresentavam obesidade e três tinham indicações de sobrepeso. Destaca-se que, para fins de análise, os indivíduos receberam códigos variando entre P1 e P9.

Os seguintes instrumentos foram utilizados na pesquisa: *Entrevista de triagem*; *Inventário de depressão de Beck - BDI* (Cunha, 2001); *Registro diário de ingestão alimentar* (Da Rosa Finger & da Silva Oliveira, 2016). Sendo os dois primeiros utilizados para avaliar os critérios de inclusão e exclusão e o último utilizado durante todo o grupo como forma de avaliação quantitativa acerca na mudança do comportamento alimentar.

O grupo foi realizado no período de Janeiro-Fevereiro de 2019, composto por 8 sessões com duração de uma hora e meia a duas horas por sessão. Os encontros aconteceram uma vez por semana e cada participante tinha direito

---

a faltar, no máximo, duas vezes, sendo posteriormente desligado do grupo. O grupo foi conduzido por uma terapeuta e um co-terapeuta. Dessa forma, após cada sessão era feito um diário desta, através das anotações e das impressões da terapeuta e coterapeuta durante o grupo. Com isso, as comunicações verbais e gestuais das participantes eram analisadas pelas pesquisadoras segundo suas impressões.

Após cada sessão era feito o relato de experiência. As diretrizes para condução do grupo tiveram como base os estudos de terapia cognitivo-comportamental de grupos com obesos (Radomile, 2003; Neufeld *et al.*, 2012; Da Rosa Finger & da Silva Oliveira, 2016). Os dados obtidos durante a investigação foram examinados por meio da análise de narrativa.

## Descrição das sessões

Esta seção se destina ao relato das sessões de uma intervenção em grupo com base na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e posteriormente aos resultados obtidos com a intervenção. Para preservar a identidade dos pacientes, esses serão tratados, neste relato, por codificação.

A primeira sessão teve início com a apresentação das terapeutas e dos pacientes. Em seguida foi estabelecido o contrato terapêutico e delimitados os objetivos do grupal. Nesse momento foi enfatizado que o foco do grupo estava na reestruturação cognitiva e na mudança do comportamento alimentar. Neste primeiro encontro também foi realizada a psicoeducação do modelo cognitivo. Para facilitar a compreensão dos pacientes foi realizado um exercício em que cada paciente recebeu uma tabela com diferentes situações, pensamentos, emoções e comportamentos (relacionados a alimentação e ao peso corporal), selecionando, portanto, aqueles que se identificavam.

A partir desta tarefa foi realizada uma discussão sobre como os pensamentos influenciam as emoções e o comportamento. Também foi realizada a psicoeducação acerca do registro diário de ingestão alimentar (Da Rosa Finger & da Silva Oliveira, 2016) que foi passado como exercício terapêutico em conjunto com a reflexão “Por que, para mim, é importante emagrecer?”. Para finalizar, foi solicitado *feedback* aos pacientes, onde esses deram uma devolutiva positiva da sessão e mencionaram a importância de compreender a relação entre os pensamentos, emoções e comportamentos.

O segundo encontro teve como foco trabalhar os pensamentos automáticos e realizar a psicoeducação acerca da diferença entre fome física e fome emocional. O trabalho com os pensamentos automáticos foi iniciado a partir da discussão do exercício de auto monitoramento alimentar. A paciente (P1) sinalizou não saber reconhecer suas diferentes emoções e identificar os pensamentos automáticos, as terapeutas utilizaram questionamento socrático para auxiliá-la a identificar que sente e o que pensa em diferentes situações. Um ponto que chamou atenção foi o fato dessa paciente, mesmo sem conseguir identificar seus pensamentos disfuncionais e emoções, relatar situações em que durante a semana agiu de forma diferente do que costumava agir antes do início do grupo.

Este momento foi importante também para o contexto grupal, pois favoreceu o efeito da universalidade do grupo, uma vez que muitos se identificaram com o relato desta paciente e sinalizaram dificuldades e atitudes semelhantes. A psicoeducação acerca da distinção entre fome física e fome emocional foi realizada utilizando os exemplos do registro de ingestão alimentar dos pacientes. O questionamento “Porque, para você, é importante emagrecer?”

foi retomado. As respostas foram utilizadas para a elaboração de cartões de enfrentamento, técnica da TCC que tem o intuito de encorajar e motivar o paciente para aquisição de novos hábitos (Beck, 2013). Como tarefa de casa foi solicitado o preenchimento do auto monitoramento alimentar e uma lista com dificuldades para emagrecer. O *feedback* final do grupo foi positivo, sinalizando o entendimento dos temas abordados na sessão.

A terceira sessão teve como principal objetivo trabalhar as dificuldades dos participantes para perder peso e manter o novo peso. A partir da discussão do auto monitoramento alimentar foram trabalhados aspectos relativos à repetição de comportamentos dos pacientes e as situações gatilhos que os levam ao comportamento alimentar disfuncional. Chamou atenção o fato de que boa parte dos participantes indicaram o sentimento de solidão como sendo o gatilho para o “comer emocional”. Também foram trabalhados aspectos relativos às dificuldades encontradas pelos pacientes para manter uma mudança duradoura no comportamento alimentar. As principais respostas foram: dificuldade em manter o controle diante de alguns alimentos, pensamentos disfuncionais acerca do alcance das metas (“nunca irei conseguir”) e dificuldade na regulação emocional.

A técnica do *continuum*, em que se utiliza um gráfico de zero a dez e os participantes selecionam onde acreditam que estão, foi utilizada, representando “onde estou e onde quero chegar” (Neufeld *et al.*, 2012). Esta técnica auxilia na modificação dos pensamentos automáticos polarizados (“tudo ou nada”) e para os participantes ela possibilitou a percepção de que já iniciaram uma mudança gradativa. Como tarefa terapêutica foi solicitado que os participantes continuem fazendo o auto monitoramento alimentar e que listem possíveis mudanças que podem fazer, e que são passíveis de serem feitas, para chegar onde almejam. Para finalizar foi pedido o *feedback* da sessão, alguns dos integrantes do grupo relataram que durante a sessão conseguiram identificar comportamentos repetitivos os quais nunca haviam percebido. Nesta sessão ficou evidente a coesão grupal e o altruísmo presentes no grupo, e a importância destes fatores terapêuticos para a mudança cognitiva e comportamental dos participantes.

Na quarta sessão foram trabalhadas as crenças intermediárias e nucleares. Para exemplificar as crenças intermediárias foram utilizados exemplos dos próprios pacientes, retirados de falas deles em sessões anteriores. Após a psicoeducação, foi exposta uma tabela com diferentes crenças intermediárias e foi solicitado que após lerem, os participantes tentassem se reconhecer em alguma das frases. As crenças nucleares foram conceituadas e exemplificadas utilizando a tabela de crenças nucleares de Beck (2013). Depois foi solicitado que os participantes verificassem se conseguiam se identificar com algumas das crenças nucleares apresentadas e associá-las com a crença intermediárias que já haviam selecionado. Os que tiveram dificuldade em realizar o exercício obtiveram auxílio das terapeutas. No final todos conseguiram reconhecer suas crenças intermediárias e nucleares, alguns chegaram a afirmar que após visualizá-las por escrito lembraram-se de situações diversas e que são guiadas por estas crenças.

Também foi realizada a psicoeducação das distorções cognitivas utilizando exemplos do próprio grupo. Um dos pacientes (P2) relatou uma situação em que perdeu suas chaves e sentiu muita raiva, porém, conseguiu pensar em outras soluções e lembrou-se de ter uma chave extra, o mesmo afirmou “se eu não estivesse participando do grupo com certeza teria ido comer para aliviar a raiva, porque não eu gosto de sentir raiva. Acho que se eu não tivesse contornado essa situação provavelmente teria tido as distorções de

---

supergeneralização e rotulação, pois quando fico com raiva só consigo pensar em como é ruim me sentir assim e me culpo por ser uma pessoa estressada” (SIC). A tarefa de casa proposta foi a identificação das distorções cognitivas presentes no auto monitoramento da semana e uma lista com três elogios a si, acrescidos dos pensamentos automáticos e emoções que surgiram no momento em que estavam fazendo o exercício.

O quinto encontro teve como objetivo trabalhar a autoestima e auto aceitação dos pacientes. A pergunta “O que é autoestima para você?” foi utilizada como um disparador, a partir dessa discussão foi realizada a psico-educação sobre autoestima. Na discussão sobre a tarefa de casa, apenas duas pessoas afirmaram não ter encontrado dificuldades para realizar o exercício, os demais argumentaram que tiveram pensamentos relacionados ao que os outros poderiam pensar do fato deles estarem se auto elogiando, porém, os participantes que fizeram o exercício afirmaram terem se sentido bem após a realização do mesmo.

Um ponto observado foi que a maioria dos pacientes listaram como qualidades aspectos voltados ao “fazer pelo outro” (por exemplo: caridade, dedicação a família, facilidade em perdoar aos outros, facilidade em reconhecer os erros). Nestes já havia sido observada a tendência em supervalorizar o outro e abdicar seus desejos pelo outro. Tais pontuações foram feitas através do questionamento socrático e da descoberta guiada (Beck, 2013). Assim, uma das participantes (P3) afirmou sentir-se aliviada após perceber como a vida toda ela viveu “em função dos outros” (SIC) sem se dar conta, além da necessidade de agradar sempre a terceiros, fazendo-lhes sofrer. Assim, a tarefa de casa sugerida foi a identificação das emoções que geram mais desconforto e os comportamentos associados a elas.

Na sexta sessão foram trabalhadas as emoções. Primeiramente foi realizada a psicoeducação, utilizando exemplos dos próprios participantes. Nesse momento também foi evidenciada mais uma vez a diferença entre emoções e pensamentos. A discussão da tarefa de casa possibilitou que cada um identificasse qual a emoção que tem uma relação mais intensa com seu comportamento alimentar disfuncional, as respostas foram: raiva, tristeza e ansiedade. O segundo momento da sessão destinou-se a aplicação de técnicas de regulação emocional.

As técnicas utilizadas foram respiração diafragmática, *mindfulness* e imagem mental (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2013). Inicialmente foi realizado o treino de respiração diafragmática, após foi solicitado que os integrantes do grupo pensassem em uma situação desagradável que o levaria a comer de forma disfuncional, logo após aplicou-se a técnica da imagem mental. Como exercício terapêutico foi solicitado que os participantes executassem uma das técnicas aprendidas ao menos duas vezes durante a semana e escrevessem como se sentiram após realizá-las.

O sétimo encontro teve por objetivo trabalhar a importância da manutenção de hábitos saudáveis. A sessão teve início com a retomada da tarefa de casa, em seguida foram lançados os questionamentos “o que é ser saudável?” e “o que é ter saúde?”, a partir das respostas obtidas foram sendo abordadas atitudes “saudáveis” e não “saudáveis” que cada um conseguia identificar em si e o que poderia ser feito para mudar os hábitos não saudáveis. Nesta sessão também teve início o trabalho de prevenção de recaídas onde foram abordados os ganhos dos pacientes após o início do grupo e a necessidade de manter os novos comportamentos adquiridos a longo prazo e não apenas até o alcance do peso almejado. Como tarefa de casa foi solicitado aos participantes que listassem o que eles acreditam que serão as maiores dificuldades para a

manutenção dos novos comportamentos.

O oitavo encontro teve como objetivo trabalhar a prevenção de recaídas e realizar uma avaliação conjunta do trabalho e dos resultados obtidos. Com a retomada da tarefa de casa teve início a prevenção de recaídas, os pacientes apontaram como possíveis dificuldades a incapacidade de manterem a motivação sozinhos e a falta do apoio grupal, uma vez que eles se identificavam com as falas uns dos outros (princípio da universalidade). Esses pensamentos foram confrontados através do questionamento socrático e do exame de evidências. Também foram elencadas possíveis estratégias para o manejo destas possíveis dificuldades (Cooper, Fairburn & Hawker, 2009). As sessões anteriores foram retomadas como forma de revisar o que havia sido trabalhado e os objetivos alcançados. A sessão foi finalizada com a avaliação conjunta dos resultados obtidos ao longo dos oito encontros.

## Resultados

Os resultados da intervenção podem ser inferidos a partir do *feedback* do grupo e da fala dos participantes. Os registros de auto monitoramento alimentar (diário alimentar) – utilizados semanalmente como tarefa de casa, também foram usados como forma de verificar a evolução dos pacientes. A partir do auto monitoramento alimentar semanal, foi possível verificar as situações, pensamentos e emoções associados ao comportamento alimentar disfuncional dos participantes, assim como as mudanças cognitivas e comportamentais que foram ocorrendo ao longo das sessões.

Por volta da quarta sessão a maioria dos participantes já relataram não terem comportamentos alimentar disfuncional. Embora ainda tivessem pensamentos automáticos disfuncionais eles já os identificavam e conseguiam ter pensamentos alternativos o que auxiliava a não mais buscarem o alimento como fonte de recompensa. A partir desses dados qualitativos pode-se verificar que houve melhoras na autoestima, no comportamento alimentar disfuncional movido por estados emocionais desagradáveis, na aquisição de hábitos mais saudáveis e na melhora de dificuldades interpessoais. Conforme o relato dos pacientes eles perceberam mudanças nos hábitos como: ter alimentação mais saudável e iniciar a prática de exercícios físicos, sem que isso parecesse ser uma obrigação “como das outras vezes” (SIC).

Relataram também mudanças no peso corporal sem a pressão para que isso ocorresse de forma rápida ou “a sensação constante de está com fome que eu tinha quando fazia dieta antes do grupo” (SIC). Quando questionados acerca dos aprendizados obtidos com o grupo algumas respostas foram: “Aprendi a perceber quando estou com raiva ou triste, e até feliz, antes eu não sabia o que sentia, comia na intenção de me sentir bem e piorava...”, “perceber quais são meus gatilhos para comer tem sido muito importante, teve um dia em que estava triste e fui várias vezes na cozinha pegar um pedaço de pão, mas aí lembrava do grupo e percebia que ia comer só por causa da tristeza, fiz isso várias vezes, de noite quando olhei o depósito dos pães vi a quantidade de pedaço de pão picado me surpreendi com o quanto que eu teria comido sem perceber a quantidade, era um comportamento automático que eu só percebi depois do grupo.”, “antes eu comia para me punir quando estava triste por ser gorda, me culpava por não emagrecer e ia comer, agora eu não me culpo mais, a comida deixou de ser uma punição pra mim”.

Embora não possam ser generalizados por se tratarem de percepções subjetivas, estes relatos dão indício de melhoras significativas em relação às dificuldades no manejo do comportamento alimentar. A assiduidade dos

participantes também dá indícios para essa interpretação positiva, uma vez que apenas uma das participantes atingiu o número de faltas limite e foi desligada do grupo, os demais participantes foram assíduos em todos os encontros.

## Considerações finais

O presente trabalho teve por objetivo relatar a experiência de um grupo de psicoterapia cognitivo comportamental para pessoas obesas e com sobrepeso. Com isso, os dados qualitativos obtidos a partir do relato dos participantes e do auto monitoramento alimentar concordam com o que a literatura tem proposto acerca da TCCG para essa temática.

Pode-se verificar a partir desta experiência a importância da compreensão dos processos cognitivos envolvidos no comportamento alimentar, sendo a falta deste entendimento o motivo do insucesso na maioria dos tratamentos aos quais os participantes do grupo já haviam participado com objetivo de perder peso.

A presente intervenção não teve como foco medições de peso e sim a análise qualitativa da mudança destes expressa a partir do discurso e dos registros de auto monitoramento alimentar. No entanto, ressalta-se a importância do trabalho interdisciplinar entre profissionais de psicologia e nutrição para lidar com esta demanda, sendo a falta de um profissional de nutrição uma das limitações deste estudo.

Cabe ressaltar que embora seja um relato de experiência, o mesmo pode ser utilizado como um mapeamento para intervenções em TCCG para pessoas obesas e com sobrepeso, tendo em vista a escassez de estudos que detalhem a intervenção sessão a sessão com este público.

Esse estudo contou com algumas limitações, a saber – número de sessões limitado (literatura sugere 12); local para realização do grupo sem interferências; presença de profissionais de outras áreas. Porém, tais limitações não desmerecem o valor desta pesquisa. Para estudos futuros sugere-se a realização da intervenção com um número maior de sessões, se possível a criação de mais grupos abrangendo mais pessoas, e ter profissionais de outras áreas como nutrição e educação física que pudessem oferecer auxílio aos participantes, seja de forma individual fora do grupo ou mesmo em sessão destinada a presença desses profissionais para eventuais dúvidas.

## Referências

- Baker, A. W., Hellberg, S. N., Jacoby, R. J., Losiewicz, O. M., Orr, S., Marques, L., & Simon, N. M. (2020). A pilot study augmenting cognitive behavioral therapy for panic disorder with attention bias modification: Clinical and psychophysiological outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 101568.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitivo comportamental: teoria e prática* (2. Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Chatterjee, A., Gerdes, M. W., & Martinez, S. G. (2020). Identification of Risk Factors Associated with Obesity and Overweight—A Machine Learning Overview. *Sensors*, 20(9), 2734.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. M., & Hawker, D. (2009). *Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: Manual do terapeuta*. São Paulo: Roca.
- Cunha, J., A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: casa do psicólogo.
- Da Rosa Finger, I., & da Silva Oliveira, M. (2015). Fatores preditivos de participação em uma intervenção psicológica intensiva para pessoas em sobrepeso e obesidade. *Aletheia*, (47-48), 122-135.
- Deluchi, M., & Souza, F. P., & Pergher, G., K. (2013). Terapia cognitivo-comportamental e obesidade. In: Araújo, R., B., & Piccoloto, N., M., & Wainer, R. *Desafios clínicos em terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hindle A., De la Piedad Garcia X., Hayden M., O'Brien PE, Brennan L. (2020). Pre-operative Restraint and Post-operative Hunger, Disinhibition and Emotional Eating Predict Weight Loss at 2 Years Post-laparoscopic Adjustable Gastric Banding. *Obes Surg*. 30(4):1347-1359.
- Kasman, S., & Kasman, A. (2020). Convergência nas taxas de obesidade e sobrepeso nos países da OCDE: evidências dos testes estocástico e de convergência de clubes. *Economia empírica*, 1-34.
- Leahy, R., L., & Tirsch, D., & Napolitano, L., (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Magill, M., Tonigan, J. S., Kiluk, B., Ray, L., Walthers, J., & Carroll, K. (2020). The search for mechanisms of cognitive behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: A systematic review. *Behaviour Research and Therapy*, 103648.
- Melo, W. V., Bergmann, C., Neufeld, C. B., Machado, P. P., & Conceição, E. (2014). A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 84-92
- Neufeld, C. B., Moreira, C. A. M., & Xavier, G. S. (2012). Terapia cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento: o relato de uma experiência. *Psico*, 43(1), 8.
- Neufeld, C., B., Affonso, G., Bueno, C., R., Jr., Pessa, R., P., & Rangé, B., P. (2016). Tratamento em TCC em Grupo para Obesidade e Sobrepeso: foco no manejo. In: Finger, I., Rosa, O., M., S., (2017). *A Prática da Terapia Cognitivo-Comportamental nos Transtornos Alimentares e Obesidade*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Neufeld, C., B., & Rangé, B., (2017). *Terapia Cognitivo-comportamental em grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- Radomile, R., R., (2003). Obesidade. In: White, J., & Freeman, A., S., *Terapia Cognitivo-Comportamental para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca.
- Sarokhani, D., Sarokhani, M., Dehkordi, AH, Gheshlagh, RG e Fakhri, M. (2020). Prevalence of obesity and overweight in Iranian students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 1.
- Sasaki, Y. (2017). *Influência de grupo terapêutico sobre a redução de peso em pessoas obesas* (Trabalho de conclusão de curso, Faculdade de Ciências e Saúde de Brasília).
- Vainik, U., García-García, I., & Dagher, A. (2019). Uncontrolled eating: a unifying heritable trait linked with obesity, overeating, personality and the brain. *European Journal of Neuroscience*, 50(3), 2430-2445.
- World Health Organization. (2018). *Obesity and overweight*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 10 Jan 2019.

## Terapia familiar sistêmica-estrutural breve: implementação em um serviço-escola de psicologia

*Brief systemic structural family therapy: implementation  
in a university psychology clinic*

**Josimar Antônio de Alcântara Mendes<sup>1</sup>**

**Resumo:** este artigo apresenta o relato de implementação da terapia familiar sistêmica, estrutural e breve como prática de um estágio supervisionado em um serviço-escola de psicologia (SEP) do Distrito Federal. Este relato indica que a implementação da prática de terapia sistêmica breve e estrutural beneficiou as três instâncias as quais um SEP está ligado: alunos, instituição e comunidade. Os alunos obtiveram ganhos com a possibilidade de acesso de uma prática ainda incomum entre os SEP e também apresentaram ganhos significativos para a sua formação enquanto terapeutas e profissionais da psicologia. A instituição foi beneficiada por apresentar uma prática de estágio que se constituiu como um diferencial para a formação dos seus alunos, não só por conta da escassez desse tipo de prática nos SEP, mas também por atender diretamente a demandas explícitas da comunidade. Esta se beneficiou por ter tido acesso a um serviço qualificado e de extrema necessidade para as idiosincrasias das realidade local.

Palavras-chave: Serviço-escola de psicologia; Clínica-escola; Terapia familiar e de casal breve; Terapia familiar estrutural.

**Abstract:** this paper presents the implementation process of brief systemic and structural family therapy as a practice in a university psychology service (UPS) in the Distrito Federal, Brazil. This account of experience indicates that the implementation of such therapy benefited the three stakeholders related to the UPS: students, institution and community. The students obtained gains with the possibility of accessing a practice that is still uncommon amongst UPS in Brazil. There were also significant gains for their training as therapists and professionals. The institution benefited from presenting a placement that represented a differential for the training of its students, not only because that type of practice is seldom amongst UPS, but also for acknowledging demands from the community, which had idiosyncrasies related to its local reality.

Keywords: University psychology service; Brief family and couple therapy; Structural family therapy.

<sup>1</sup> Doctoral Researcher na University of Sussex, Reino Unido. Especialista pelo Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) – Toronto/Canadá. Psicólogo, terapeuta sistêmico de casais e famílias, mestre em Psicologia Clínica e Cultura (UnB). E-mail: josimards@gmail.com

---

## Introdução

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Psicologia (Resolução nº 8/2004, CNE/CES, p. 6), os Serviços-escola de Psicologia (SEP) são estruturas formativas instituídas para atender às necessidades da “formação do psicólogo, congruente com as competências que o curso objetiva desenvolver no aluno e a demandas de serviço psicológico da comunidade na qual está inserido”. Assim, os SEP têm uma dupla função: (a) contribuir para a consolidação da formação do psicólogo e (b) prestar assistência psicológica à comunidade. A primeira função é essencial. Em um estudo com 200 estagiários de um SEP (Fam & Ferreira Neto, 2019), foi reportado que 96,9% deles acreditavam que as experiências naquele serviço contribuíram para a futura atuação profissional. A segunda função está diretamente ligada com o compromisso social da Psicologia ao oferecer a prestação de serviços psicológicos a populações de baixa-renda e/ou extrema vulnerabilidade, as quais jamais teriam acesso a tais serviços senão por meio dos SEP.

A relevância dos SEP aumenta quando se considera que, conforme aumenta a população, maior a incidência de questões ligadas à saúde mental que necessitam de assistência rápida, imediata e eficiente. É nesse contexto que surgem as chamadas terapias breves, como uma resposta ao problema assistencial gerado pelo aumento populacional (Braier, 2008), especialmente nas comunidade onde os SEP se inserem.

As psicoterapias breves tendem a se centrar nos problemas mais agudos, mais iminentes, com foco nas questões que mais acentuam as disfuncionalidades dos clientes (Braier, 2008). De modo geral, um dos pressupostos básicos da terapia breve é a crença em mudanças significativas em curto espaço de tempo, potencializando e ressaltando os níveis mais saudáveis e funcionais de conduta do cliente, refletindo, assim, na sua saúde mental e nos processos interpessoais nos mais diversos contextos nos quais o cliente está inserido (Peixoto, Enéas, & Yoshida, 2015). As psicoterapias breves também podem ser aludidas como ‘terapias de tempo limitado’, ressaltando o critério de temporalidade como fator distintivo dessa prática (Braier, 2008). Nesse tipo de psicoterapia, o foco nas questões emergentes tem dois principais objetivos: 1) aliviar o sofrimento psíquico; e 2) ajudar o cliente a se estruturar para enfrentar as questões em foco e preparar-se para situações análogas no futuro.

A praticidade e o foco das terapias breves se adequam bem à realidade e às necessidades das instituições de ensino superior que oferecem cursos de graduação em Psicologia, pois tais terapias têm objetivos limitados, foco específico e, por isso, favorecem a construção de um processo terapêutico com começo, meio e fim dentro de um determinado espaço de tempo. Nesse sentido, os terapeutas-em-formação podem atuar em processos clínicos que se iniciam e terminam dentro do mesmo semestre, por exemplo. Em adição, ao se considerar o perfil majoritário dos usuários dos SEP (trabalhadores assalariados que têm que articular as sessões com as suas horas de trabalho) a existência de um processo mais curto e focal parece ser benéfico tanto para a clientela, quanto para as instituições.

O termo ‘psicoterapia breve’ é comumente associado às abordagens individuais de orientação psicodinâmica. Talvez, essa associação seja facilitada pelo fato do maior volume de publicações sobre psicoterapia breve ser justamente vinculadas à essa abordagem. Contudo, as modalidades de psicoterapia breve são diversas e se inserem em diferentes contextos e abordagens, indo desde as práticas de estágio clínico em SEP (Enéas & Dantas, 2011; Peixoto, Enéas, & Yoshida, 2015) até mesmo a prática em consultório particular (Torrado, 2004).

Entre as diversas abordagens e contextos da psicoterapia breve, tem-se a terapia familiar breve. Esse tipo de terapia é de base sistêmica e tem um número limitado de sessões com foco nas principais problemáticas que configuram a disfuncionalidade da família e produzem os sintomas que se apresentam como queixa. Esta modalidade de terapia teve início na década de 1960 com os estudos da Escola de Palo Alto, Califórnia ou Escola Estratégica/Centrada no Problema (Franklin, 2015; Torrado, 2004). Apesar de ter surgido neste contexto, a terapia familiar breve, a exemplo das psicoterapias breves em si, tem sido usada em diversos contextos e abordagens como estratégia para melhorar a prática de médicos da família (Pérez, Bobo, Fernández, Fontaiña, Palomo, & Mato, 2017), na atenção primária (Yankovic, Beyebach, & Castillo, 2016), na prática clínica em SEP (Piszezman, 2007) e também em consultório particular (Torrado, 2004).

As publicações sobre a prática de terapia familiar breve em SEP é escassa e com predominância da abordagem psicanalítica – vide os trabalhos de Sei e Gomes (2017a, 2017b). Já as publicações com foco específico em terapia sistêmica familiar breve nos SEP são ainda mais escassas – vide os trabalhos de Neumann e Wagner (2015), Neumann e Zordan (2011) e Piszezman (2007). Por isso, este artigo apresentará um relato de experiência de implementação da terapia familiar breve em um SEP de uma instituição de ensino superior do Distrito Federal. O relato apresentará uma proposta de trabalho para o uso da terapia sistêmica familiar breve sob a perspectiva da Escola Estrutural desenvolvida por Salvador Minuchin.

## A escola estrutural e a terapia familiar breve

Salvador Minuchin estabeleceu dentro do espectro de abordagens da Terapia Familiar uma abordagem voltada para as transações familiares que compõem padrões interacionais que dão “cor”, forma e sentido às fronteiras, regras, aos padrões organizativos e funcionais da família, ou seja, as estruturas familiares (Melo & Ribeiro, 2016; Reiter, 2017). Essas estruturas atravessam e compõem as hierarquias, os papéis, as funções e a promoção de saúde e doença dentro do sistema familiar, perpetuando-se de forma autônoma e retroalimentativa, ainda que em detrimento de outras opções de padrões interativos.

A estrutura da família não pode ser “observada a olho nu”, é preciso aguçar os sentidos (físicos e especialmente interpessoais) para se captar as estruturas de padrão relacional que subjazem diante da queixa apresentada pela família. Isso só é possível a partir da observação concreta das interações familiares que ajudam a explicar e a compreender a queixa que levou a família à terapia (Minuchin, 1986; Reiter, 2017). Nesse sentido, a terapia estrutural vai além do ‘paciente identificado’ (aquele que porta o sintoma e, por isso, identifica a disfunção familiar) e direciona o seu olhar e intervenções para os processos transacionais da família que tangenciam a queixa que levou a família ou o casal a buscar a terapia.

O terapeuta estrutural compreende a família com um organismo vivo, complexo, autodeterminado e autorregulado que pode produzir padrões transacionais que tanto podem beneficiar quanto prejudicar a saúde e o bem-estar físico e emocional de seus membros. Quando essas estruturas de padrões se cristalizam, se enrijecem, há a ocorrência de uma homeostase disfuncional, ou seja: um equilíbrio nesses padrões que prejudica, limita e/ou prejudica o desenvolvimento e o bem-estar da família como um todo. Assim, a atuação do terapeuta estrutural é focada na compreensão e intervenção junto às estruturas transacionais da família.

---

A terapia estrutural da família é uma terapia centrada na *atua(ção)* ativa do terapeuta que foca o seu olhar no presente da família e se une a esse sistema para auxiliar na sua transformação (Colapinto, 2019; Minuchin, 1986, 2017). Essa união caracteriza-se pelo que se chama de 'sistema terapêutico', ou seja, o terapeuta se integra àqueles processos transacionais da família e os explora juntamente com os membros da família formando, assim, um sistema mais amplo do que a família, um sistema terapêutico que visa a mudança do padrão homeostático disfuncional do sistema familiar. Para estimular tal mudança, o terapeuta estrutural lança mão de técnicas e estratégias que possam desafiar a homeostase familiar existente, por exemplo: criação de crises (por meio de intervenções e/ou tarefas) que levem ao rompimento da homeostase vigente e a criação de um padrão transacional mais funcional para o desenvolvimento e bem-estar de toda a família (Minuchin & Fishman, 1990).

## **Método - A implementação da terapia familiar sistêmica, estrutural e breve em um serviço-escola de psicologia: relato da experiência**

### **Contexto**

A implementação da Terapia Familiar Sistêmica, Estrutural e Breve se deu no âmbito de uma prática de estágio clínico supervisionado para alunos do último ano do curso de Psicologia de uma instituição de ensino superior localizada em uma das cidades-satélites do Distrito Federal. Essa implementação ocorreu por três motivos: (a) necessidade institucional de estruturação das práticas oferecidas no recém-inaugurado SEP da instituição, (b) demanda dos estagiários por uma prática sistêmica dentro do SEP e (c) alta demanda da comunidade para atendimento de casos relacionados às relações familiares e conjugais.

O lugar onde a instituição se localizava era uma das cidades-satélites com maior densidade populacional do Distrito Federal e com significativos fatores de risco e vulnerabilidade. Isso repercutia no considerável volume de casos que eram encaminhados para o serviço-escola pela rede comunitária (ONGs, saúde, proteção, segurança) e/ou por demanda espontânea.

### **Preparação para a implementação**

Antes da implementação da prática de estágio supervisionado clínico em terapia conjugal e familiar sistêmica, foram necessários alguns preparativos. Na instituição, a disciplina "Terapia Conjugal e Familiar" (ou qualquer outra correlata) não existia nem como optativa. Então, antes de implementar o estágio, era imprescindível providenciar uma formação teórica mínima para aqueles alunos que tinham o interesse em se matricular naquele estágio. Para isso, foi desenvolvido um minicurso de extensão intitulado "Minicurso de Introdução à Terapia Conjugal e Familiar Sistêmica", com um total de 26 horas.

O curso tinha como objetivo estudar os conceitos básicos da Terapia Conjugal e Familiar Sistêmica, proporcionando uma reflexão sobre as contribuições das principais abordagens dessa área à prática profissional e ética do psicólogo no contexto da Clínica da Família e as suas principais técnicas e instrumentos de intervenção. Para isso, o curso era dividido em sete unidades: a) histórico e bases epistemológicas da terapia conjugal e familiar sistêmica (apresentação da Teoria Geral dos Sistemas e Cibernéticas de 1ª e 2ª ordem e psicanálise de família e casal); b) a construção de um olhar sistêmico (apresentação

do Pensamento Sistêmico de Maria José Esteves de Vasconcellos, Teoria da Complexidade de Edgar Morin e Teoria das Redes Sociais de Carlos Sluzki); c) abordagens e escolas da terapia conjugal e familiar sistêmica (escolas estrutural, estratégica e de Milão); d) Compreensão Sistêmica da Família (a família como um sistema, ciclo vital, transgeracionalidade, mito e segredo de família e processos transacionais dentro do sistema familiar – duplo-vínculo, simbiose, fronteiras, etc.); e) o papel do terapeuta de família e casal na perspectiva sistêmica (sintomas e processos homeostáticos, sexualidade e terapia de casal); f) instrumentos e técnicas em terapia conjugal e familiar sistêmica (modelos de entrevista familiar, genograma, tarefas, técnicas psicodramáticas, co-terapia e processos comunicacionais); e g) temas da terapia conjugal e familiar e estudos de caso (os participantes eram divididos em grupos e instruídos a pesquisar e apresentar um estudo de caso sobre os seguintes temas: alcoolismo, drogadição, atos infracionais, violência intrafamiliar, psicose, divórcio, terapia de casais homoafetivos e sexualidade na terapia de casal).

A participação nesse curso era livre para todos os alunos interessados, mas especialmente para os alunos do 9º semestre que pretendiam se matricular no estágio clínico supervisionado em Terapia Familiar e Conjugal Sistêmica. O curso era ofertado ao final de cada semestre e a média de participação em cada edição foi de 40 alunos. Ao final do curso, os participantes responderam anonimamente a uma ficha avaliativa com perguntas abertas e fechadas a respeito do curso e o processo formativo. 97% dos participantes informaram que os conteúdos aprendidos e discutidos no curso foram importantes para a formação deles e que isso teria um impacto positivo na atuação profissional futura. Outros 92% indicaram que os conteúdos abordados no curso deveriam fazer parte da grade curricular do curso como disciplina obrigatória ou, pelo menos, como optativa, dada a sua relevância.

Na seção de comentários abertos da ficha avaliativa, alguns participantes disseram que o curso os ajudou "a aprofundar meus conhecimentos acerca da área sistêmica, visto que há uma defasagem sobre o assunto durante o curso [de graduação]" (Participante 1). Além disso, o curso também teria sido "de extrema importância para auxiliar na escolha de abordagem da minha futura atuação e trouxe-me vários ganhos pessoais também" (Participante 2). Em complemento, outro participante disse que "[o curso] tem a capacidade de não só munir a quem o fez com mais informações e conhecimentos para uma melhor atuação como psicólogo no contexto terapêutico, como também em nossa vida em particular, pois conhecer o nosso sistema familiar é conhecer a nós mesmos" (Participante 3).

### **Seleção e preparação dos estagiários**

Ao começo de cada semestre, os alunos manifestavam o seu interesse em participar do grupo de estágio por meio de um formulário entregue à coordenação do SEP. Em seguida, eram marcadas entrevistas entre o supervisor do estágio e os alunos interessados. O objetivo era compreender a motivação e comprometimento dos alunos-candidatos em relação às temáticas e práticas ligadas ao estágio. Após a finalização das entrevistas, o supervisor encaminhava as fichas de avaliação para a coordenação que, com base no desempenho acadêmico dos alunos durante o curso, a disponibilidade das vagas e avaliação do professor supervisor, alocava os alunos nos grupos de estágio. Seis alunos eram selecionados a cada semestre.

Os três primeiros encontros de supervisão foram convertidos em encontros de formação e discussão de textos-base da Escola Estrutural e outros textos essenciais para a prática do estágio. No primeiro e segundo encontros

eram discutidos os capítulos 1 (Terapia estrutural da família), 3 (Um modelo familiar), 5 (Implicações terapêuticas de uma abordagem estrutural), 6 (A família em Terapia), 7 (Formação do sistema terapêutico) e 8 (Reestruturação da família) do livro 'Famílias: Funcionamento e Tratamento' de Salvador Minuchin (1986), além dos capítulos 'Uma carta escrita especialmente para ti' e 'Ser terapeuta' do Livro 'Chaves para uma terapoética da família' de Carlos Arturo Molina-Loza (1998). No terceiro encontro, foram discutidos os textos 'A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: definição de conceitos' de Denise Falcke e Adriana Wagner (2014), 'A escolha amorosa e interação conjugal na heterossexualidade e na homossexualidade' (Féres-Carneiro, 1997), 'Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade' (Féres-Carneiro, 1998) de Terezinha Féres-Carneiro e o artigo 'Impact of co-therapy teams on client outcomes and therapist training in marriage and family therapy' (a partir de uma versão traduzida por este autor) de Hendrix, Fournier e Briggs (2001). A cada encontro, os estagiários tinham que entregar a resenha dos textos correspondentes.

Ao final do terceiro encontro, os terapeutas-estagiários foram divididos em duas duplas. Cada terapeuta-estagiário seria o terapeuta principal em uma dupla e o co-terapeuta em outra. A decisão de colocá-los para atender em duplas teve como base dois aspectos: a) os benefícios da co-terapia descritos na literatura; e b) o estímulo do processo formativo do papel e do lugar de 'terapeuta'. Os benefícios terapêuticos da prática de co-terapia são: a) troca de feedback entre os co-terapeutas (Tanner, Gray, & Haaga, 2012); b) melhor manejo da ansiedade e de processos contratransferenciais durante o processo clínico (Clark, Hinton, & Grames, 2016); c) apresentação de modelo relacional funcional para os clientes (Hendrix et al., 2001); e d) incremento das intervenções clínicas por meio de técnicas possíveis apenas com a co-terapia (Ast, Florek, & Fanfoni, 2019). Para o desenvolvimento formativo dos terapeutas-estagiários, o supervisor os dividiu em duplas nas quais, em pelo menos em uma delas, um estagiário-terapeuta mais introvertido atuaria como terapeuta principal ao lado de outro estagiário-terapeuta mais extrovertido como co-terapeuta. A justificativa para esse pareamento era a de que ambos os terapeutas-em-formação se beneficiariam, pois o mais introvertido teria que se colocar de forma mais efetiva e assertiva durante as sessões, além de estabelecer colaborações, complementos e limites com o seu co-terapeuta, para não ser ofuscado pelo mais extrovertido. Já no segundo caso, o aluno mais extrovertido, como segundo terapeuta, teria que aprender a ocupar um lugar mais secundário e desenvolver as suas habilidade de escuta, colaboração, apoio e suporte. Em ambos os casos, o desenvolvimento de todas essas habilidades são essenciais para a percepção e construção do papel e do lugar do terapeuta na prática clínica, em especial no atendimento de famílias e casais.

### **Seleção e distribuição dos casos**

Os casos atendidos eram obtidos por três meios: a) demanda espontânea dos clientes que procuravam o SEP; b) parceria com ONGs e também com o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios que encaminhava alguns casos de pais em processo de separação e disputa de guarda; e c) busca ativa de casos nos prontuários de casos que haviam sido triados. Esta última estratégia foi a que mais reverteu casos para atendimentos. O supervisor do estágio lia todas as fichas dos casos que haviam sido triados no SEP, independente da queixa (infantil, adolescente ou adulto), e selecionava aqueles casos em que: a) a criança ou o adolescente parecia ser o paciente identificado; b) a queixa do paciente adulto parecia estar relacionada a questões conjugais e/ou familiares. As fichas desses casos eram fotocopiadas e os casos continuavam

na fila de espera do tipo de atendimento para o qual a ficha foi realizada. As fichas copiadas eram distribuídas entre os estagiários-terapeutas durante as supervisões e eles ligavam para os clientes oferecendo a possibilidade de atendimentos familiar e/ou conjugal enquanto aguardavam o atendimento para qual se inscreveram. Vários clientes, após a alta do atendimento conjugal e/ou familiar, decidiram sair da lista de espera dos atendimentos individuais, pois perceberam que as suas demandas já haviam sido atendidas.

Cada estagiário-terapeuta recebia até cinco casos por semestre (como terapeuta principal) e atuava em até outros cinco casos como co-terapeuta. Assim, cada estagiário-terapeuta estava envolvido em até 10 casos durante todo o semestre. Os atendimentos de cada caso ocorriam uma vez por semana.

### **Dinâmica das supervisões**

As supervisões ocorriam uma vez por semana e tinham a duração de quatro horas. Antes das supervisões, cada estagiário-terapeuta tinha que enviar relatos individuais dos casos atendidos como terapeuta principal naquela semana. Nesses relatos, deveria constar: a) estado afetivo-emocional dos clientes no início, meio e fim do atendimento; b) expressão corporal dos clientes; c) dinâmica do atendimento, destacando os principais aspectos abordados durante a sessão; d) principais intervenções realizadas e respostas (e reações) dos clientes; e e) observações clínicas gerais. Esses relatórios eram úteis não apenas para monitorar a ocorrência dos atendimentos, mas também para auxiliar os estagiários-terapeutas a estruturarem e elaborarem o processo clínico e a atuação deles enquanto terapeutas.

O supervisor do estágio atendia um casal ou família a cada semestre e convidava os supervisandos para observar os atendimentos por meio do espelho unidimensional. A ideia não era mostrar o que eles deveriam ou não fazer, mas sim evidenciar e ilustrar as técnicas discutidas no processo de formação ao aplica-las durante as sessões observadas, mas também e principalmente, desmistificar algumas crenças deles em relação ao processo terapêutico, o papel do terapeuta e o seu estilo de intervenção. Esses atendimentos era discutidos com os estagiários no início de cada supervisão.

Ao longo da supervisão, cada dupla relatava os atendimentos realizados e, com base nessas informações e nas dos relatos encaminhados, o supervisor discutia hipóteses clínicas e possibilidades de intervenção para cada caso. Assim, era feito o alinhamento dos aspectos a serem explorados e intervistos na sessão seguinte, bem como as possíveis intervenções, em especial as tarefas. A supervisão também abordava questões explícitas e implícitas dos estagiários-terapeutas enquanto pessoa e o seu papel, pois esses são fatores que influenciam significativamente a eficácia do processo terapêutico e os seus resultados.

### **Progresso e desenvolvimento dos terapeutas-em-formação**

Além dos relatos semanais e participação nas supervisões, a principal forma de avaliação dos estagiários-terapeutas era por meio de um relatório de estágio a ser entregue ao final do semestre, contendo: a) fundamentação teórica: com base na linha de supervisão do estágio — Sistêmica Estrutural com citações e referências ligadas à temática do estágio; b) breve relato dos casos atendidos: relatar brevemente cada um dos casos atendidos ao longo do semestre (indicavam: iniciais dos clientes, idade, data de inscrição, motivo da procura, houve encaminhamento?); relato breve do caso, número de compare-

cimentos e faltas); c) estudo de caso: eles tinham que escolher um dos casos atendidos e fazer um estudo de caso. Neste estudo, o estagiário-terapeuta deveria descrever em detalhes e minúcia todo o processo terapêutico, desde a dinâmica dos atendimentos, passando pela queixa principal, os processos bipessoais (estabelecimento do *rapport*, aliança terapêutica, contratransferência), movimentos conservativos do sistema, resistência à mudança, intervenções feitas para romper a homeostase disfuncional, técnicas de empoderamento, potencialização da comunicação, dramatização, processos de mudança, etc. Era recomendada a articulação com a literatura para discutir o caso; d) desafios e crescimento: descrever os desafios encontrados e o crescimento obtido com o caso escolhido para fazer o estudo e também como o processo de estágio supervisionado, e) considerações finais; e f) referências

Ao final do estágio, os alunos preencheram uma ficha de avaliação referente aos processos experienciados durante o estágio. Seis aspectos foram abordados: a) motivo de terem escolhido esse estágio; b) principais desafios encontrados (teóricos e emocionais); c) desenvolvimento durante o estágio; d) ser terapeuta (pela primeira vez; como se vê depois?); e) qual foi o papel da supervisão; e f) avaliação geral do estágio.

Em relação ao motivo de terem escolhido essa prática de estágio supervisionado, os estagiários-terapeutas relataram que tal escolha se deu por afinidade teórica e pela compreensão holística dos fenômenos que a abordagem proporciona. Os desafios encontrados por eles foram de dois tipos: teóricos e emocionais.

Os desafios teóricos referiram-se principalmente à adaptação ao modelo de co-terapia e à abordagem de temas ligados à sexualidade do casal — esses aspectos também estavam intimamente ligados a desafios emocionais dos terapeutas-em-formação. Já os desafios emocionais estavam relacionados ao manejo de processos contratransferenciais e das emoções do terapeuta diante do relato de situações difíceis dos clientes, como a ocorrência de abuso sexual. Também apareceram como desafio o medo de errar e a frustração de não conseguir controlar tudo dentro do *setting* terapêutico (e.g., fazer todas as intervenções que achavam necessárias naquela sessão). Contudo, os estagiários-terapeutas relataram que a formação teórica inicial e as supervisões foram fundamentais para a identificação, compreensão e manejo desses desafios.

O desenvolvimento deles durante o estágio esteve bastante relacionado à percepção deles enquanto terapeutas. Muitos passaram a se ver como “verdadeiros terapeutas”, aprendendo a lidar, principalmente, com as inseguranças e o medo de errar. Além disso, muitos deles também relataram ganhos para além da formação acadêmica, adentrando nichos da vida e relações particulares de cada um (e.g., melhor compreensão dos limites e fronteiras das suas relações familiares e processos comunicacionais).

Em relação ao processo de supervisão, eles relataram que, no início, esperavam uma condução mais estrita que indicasse o que eles deveriam ou não fazer durante as sessões. Contudo, depararam-se com um modelo de apoio e suporte, mas também de forte incentivo à autonomia. Segundo eles, isso os ajudou não só a desenvolver autonomia, mas também autoconfiança e uma percepção de auto-eficácia que implicou em um melhor desempenho enquanto terapeutas.

## Considerações finais

Do ponto de vista formativo, observou-se que a implementação da

terapia familiar sistêmica, estrutural e breve em um SEP, por meio de um estágio clínico supervisionado, gerou resultados congruentes com o disposto na Resolução nº 8/2004, CNE/CES, visto que tal prática de estágio possibilitou aos alunos acessar e exercitar as competências necessárias para a prática clínica — e não só no âmbito sistêmico. Por meio dessa prática, os terapeutas-em-formação puderam se deparar com as complexidades dos processos clínicos e os desafios formativos, éticos e pessoais que ela nos apresenta enquanto profissionais da Psicologia.

Acredita-se que a implementação dessa prática em um SEP é perfeitamente possível, mesmo que não haja formação específica nessa área na grade curricular do curso. Neste caso, a exemplo do que foi relatado aqui, cabe à instituição e ao supervisor responsável fazerem as adequações necessárias para que a implementação de tal prática seja possível e também atenda aos níveis mínimos de qualidade que garantirão não só o acesso qualificado da comunidade a esse serviço, mas também a uma prática de estágio calcada nos preceitos éticos da profissão.

Este relato de experiência indica que a implementação da prática de terapia sistêmica breve e estrutural beneficiou as três instâncias as quais um SEP está ligado: os alunos, a instituição e a comunidade. Os alunos obtiveram ganhos com a possibilidade de acesso a uma prática ainda incomum entre os SEP e também apresentaram ganhos significativos para a sua formação enquanto terapeutas e profissionais da Psicologia. A instituição foi beneficiada por apresentar uma prática de estágio que se constituiu como um diferencial para a formação dos seus alunos, não só por conta da escassez desse tipo de prática nos SEP, mas também por atender diretamente a demandas explícitas da comunidade. Esta se beneficiou por ter tido acesso a um serviço qualificado e de extrema necessidade para as idiosincrasias da realidade local, a qual era marcada por vários fatores de vulnerabilidade social (e.g., pobreza, drogadição, tráfico de drogas, violência doméstica) e limitações dos serviços de assistência do Estado.

## Referências

- Ast, L., Florek, T. R., & Fanfoni, S. (2019). Co-therapy: A Collaborative Odyssey. *Journal of Systemic Therapies*, 38(1), 17-29. <https://doi.org/10.1521/jst.2019.38.1.17>
- Braier, E. A. (2008). *Psicoterapia de Orientação Breve*. São Paulo: Martins Fontes.
- Clark, P., Hinton, W. J., & Grames, H. A. (2016). Therapists' perspectives of the cotherapy experience in a training setting. *Contemporary Family Therapy*, 38(2), 159-171. <https://doi.org/10.1007/s10591-015-9358-2>
- Colapinto J. (2019) Structural Family Therapy. In: Lebow J.L., Chambers A.L., Breunlin D.C. (Eds) *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8\\_334](https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_334)
- Enéas, M. L. E., & Dantas, M. S. (2011). Critérios de indicação de psicoterapia breve em clínica-escola com pacientes difíceis. In S.F.S. Cavalini & C. Bastidas (Eds.), *Clínica Psicodinâmica - olhares contemporâneos* (pp. 153-170). São Paulo: Vetor.
- Falcke, D., & Wagner, A. (2014). A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: definição de conceitos. In A. Wagner (Ed.), *Como se perpetua a família: A transmissão dos modelos familiares* (pp. 25-46). Editora PUCRS.
- Fam, B. M., & Neto, J. L. F. (2019). Análise das Práticas de uma Clínica-Escola de Psicologia: Potências e Desafios Contemporâneos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003178561>
- Féres-Carneiro, T. (1997). A escolha amorosa e interação conjugal na heterossexualidade e na homossexualidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2), 351-368. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721997000200012>

- Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(2), 379-394. <https://doi.org/10.1590/S0102-79721998000200014>
- Franklin, C. (2015). An update on strengths-based, solution-focused brief therapy. *Health & social work*, 40(2), 73-76. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv022>.
- Hendrix, C. C., Fournier, D. G., & Briggs, K. (2001). Impact of co-therapy teams on client outcomes and therapist training in marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 23(1), 63-82. <https://doi.org/10.1023/A:1007824216363>
- Melo, V. D. A. A., & Ribeiro, M. A. (2016). Epistemologias sistêmicas e suas repercussões para a clínica da terapia familiar. *Pensando famílias*, 20(2), 149-161. Recuperado em 15 de agosto de 2020, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2016000200011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000200011&lng=pt&tlng=pt).
- Minuchin, S. (1986). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (2017). Deconstructing Minuchin. *Journal of Systemic Therapies*, 36(4), 95-97. Recuperado em 15 de maio de 2020, de <https://guilford-journals.com/doi/pdf/10.1521/jsyt.2017.36.4.95>.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Molina-Loza, C. A. (1998). *Chaves para uma terapeútica da família*. Belo Horizonte: Artesã.
- Neumann, A. P. & Wagner, A. (2015). Caracterização da clientela atendida em terapia de família em uma clínica-escola. *Psicologia Clínica*, 27(2), 63-81. Recuperado em 23 de maio de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291044011004>
- Neumann, A. P., & Zordan, E. P. (2011). A Implantação do Acolhimento na Abordagem Sistêmica em uma Clínica-Escola: possibilidades e desafios. *Revista de Psicologia da IMED*, 3(1), 496-505. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v3n1p496-505>
- Peixoto, E. M., Enéas, M. L. E., & Yoshida, E. M. P. (2015). Relações entre intervenções terapêuticas, motivação para mudança e eficácia adaptativa em psicoterapia breve. *Contextos Clínicos*, 8(1), 16-26. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.02>
- Pérez, M. C., Bobo, M. T., Fernández, A. P., Fontaiña, S. M. M., Palomo, J. L. R. A., & Mato, J. C. (2017). ¿La formación en terapia familiar breve puede contribuir a una prescripción de psicofármacos más eficiente?. *Cadernos de atención primaria*, 23(1), 2-12. Recuperado em 20 de maio de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6095832>
- Piszezman, M. L. M. (2007). *Terapia familiar breve: Uma nova abordagem terapêutica em instituições (2ª ed.)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Reiter, M. D. (2017). Ten Things I Learned From Dr. Salvador Minuchin. *Journal of Systemic Therapies*, 36(4), 46-56.
- Resolução nº 8/2004, CNE/CES. (2004). *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia*. Acessado em: 18 Maio 2020. Retirado de: [http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08\\_04.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf)
- Sei, M. B. & Gomes, I. C. (2017a). *Formação, pesquisa e a clínica psicanalítica de casais e famílias*, (pp.35-53). Universidade Estadual de Londrina.
- Sei, M. B., & Gomes, I. C. (2017b). Caracterização da clientela que busca a psicoterapia psicanalítica de casais e famílias. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 19(3), 70-83. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n3p70-83>
- Tanner, M. A., Gray, J. J., & Haaga, D. A. (2012). Association of cotherapy supervision with client outcomes, attrition, and trainee effectiveness in a psychotherapy training clinic. *Journal of clinical psychology*, 68(12), 1241-1252. <https://doi.org/10.1002/jclp.21902>
- Torrado, J. (2004). Informe sobre una evaluación de resultados del modelo de terapia familiar breve em el ámbito privado. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 29-33. Recuperado em 15 de maio de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808704>
- Yankovic, N. S., Beyebach, M., & Castillo, P. T. (2016). Consejería familiar: de la teoría a la aplicación práctica en la atención primaria. *TS Cuadernos de Trabajo Social*, 5, 74-92. Recuperado em 15 de agosto de 2020, de <https://pdfs.semanticscholar.org/2fda/d68425aa1f641f7f2f9593e44f5a5793f02f.pdf>.

## Breve ensaio sobre a empatia à luz dos *enactments*

*Brief essay on empathy under the light of enactments*

**Felipe Canterji Gerchman<sup>1</sup>**

**Resumo:** este breve ensaio tem como objetivo propor uma perspectiva do conceito de empatia para a clínica psicanalítica, como *em-patia*, a partir do estudo dos fenômenos intersubjetivos conhecidos como *enactments*. São utilizados autores clássicos e contemporâneos para fundamentar a argumentação, e uma vinheta clínica ilustra a discussão. Conclui-se com uma proposta de compreensão teórico-técnica acerca dos conceitos abordados.

Palavras-chave: Empatia; Psicanálise; Psicologia Clínica.

**Abstract:** this brief essay aims to propose a perspective of the concept of empathy for psychoanalytic clinic from the study of intersubjective phenomena known as *enactments*. Classical and contemporary authors are used to support the argument, and a clinical vignette illustrates the discussion. It concludes with a proposal for theoretical and technical understanding of the concepts covered.

Keywords: Empathy; Psychoanalysis; Clinical Psychology.

<sup>1</sup> Membro associado da Sigmund Freud Associação Psicanalítica. E-mail: fcgerchman@gmail.com

---

## Enactment

O conceito de *enactment*, bem como seus efeitos na clínica, vem sendo estudado por psicanalistas de diferentes países já há algum tempo, e ganhado notoriedade dentro do meio psicanalítico desde os anos 90. No Brasil, um dos autores de referência no tema é Roosevelt Cassorla, tendo publicado uma série de escritos tratando da questão. O autor (Cassorla, 2013) explica que este fenômeno diz respeito a uma indução emocional mútua que ocorre sem que analista e paciente se deem conta, tendo a função de evitar a mudança psíquica. Conforme Cassorla (2013), as manifestações dos *enactments* incluiriam descargas, comportamentos que tomariam o campo analítico, estando a simbolização prejudicada. Assim, o autor também chamou este fenômeno de não-sonho-a-dois.

Outros autores também contribuíram para a compreensão dos *enactments*. Sandler aponta para um interjogo de identificações projetivas, tendo como resultado a colocação em cena de elementos afetivos arcaicos. Perelberg e Levinson (2003) marcam a diferença deste fenômeno para os *acting-out*, frisando que neste há o envolvimento de ambos os membros da dupla, que são levados à atuação. A utilização do *enactment* na clínica também é questão de discussão entre psicanalistas:

Quando à utilidade dos *enactments* para o processo terapêutico, Gus [2007] comenta que isso irá depender do encaminhamento técnico que se dará a esse fenômeno, e afirma que sua ocorrência é inevitável no processo analítico. Goellner [2012] ensina que há autores que chegam a considerar esse fenômeno um pré-requisito para a mudança [Renik, 1993; Lucion, 1999], enquanto outros o veem de modo potencialmente negativo [Jacobs, 1986; Steiner, 2006], podendo gerar conluios que prejudiquem a capacidade do analista de pensar o paciente. (Gerchman, 2016, p.69)

Alguns autores teorizaram sobre os tipos de *enactment*. Friedman e Natterson (1999) propuseram uma divisão temporal, classificando-os como breves, quando de curta duração, e estendidos, quando persistem ao longo do tratamento. De modo semelhante, Cassorla (2013) os classifica como agudos e crônicos. A divisão proposta do Jacobs (2001) leva em conta o proveito que o analista consegue ter a partir deste fenômeno, nomeando-os como abertos ou encobertos. Cavalheiro e Silva (2014) parecem levar em conta tanto a questão temporal quanto a possibilidade do analista em utilizar o ocorrido na clínica, em sua classificação que abrange *enactment* de vida e *enactment* de morte. Vale citar ainda, o estudo sobre as possíveis interações entre o conceito de *enactment* e a teoria das transformações (Gerchman, 2016).

## Empatia

A primeira definição encontrada no Dicionário On-line de Português para o verbete “empatia”, define: “ação de se colocar no lugar de outra pessoa, buscando agir ou pensar da forma como ela pensaria ou agiria nas mesmas circunstâncias”. Não demora para compreender que esta é uma definição

problemática, desde um olhar psicanalítico. Há outras definições no dicionário, mas por ora este escrito se limitará a refletir sobre esta, por entender que se trata do uso mais comum do termo.

Nelson Coelho Junior (2004, p.74) traz relevantes contribuições acerca dos debates que envolveram este conceito:

[...] investigações filosóficas contemporâneas a Freud sobre o problema da empatia possuíam uma dimensão acima de tudo epistemológica, como por exemplo na obra de Husserl. [...] A filosofia do século XX viu estes temas receberem sucessivas vezes um tratamento ontológico (com Heidegger e Merleau-Ponty, por exemplo) e um tratamento ético (com Lévinas). Por outro lado, deve-se reconhecer que nos desenvolvimentos psicanalíticos realizados a partir das obras de Freud e Ferenczi, passando por trabalhos como os de Winnicott e Kohut, até alcançar as contribuições mais recentes [...].

Todavia, esta leitura que traça o desenvolvimento do conceito de um referencial Freud-Ferenczi para um Winnicott-Kohut não é unânime. Figueiredo (2017) aponta para a propensão da clínica centrada em Winnicott e Kohut a confundir empatia com projeções de seus pressupostos teóricos. O autor afirma que, nesses casos, há o risco de a clínica ser convertida em “teoria aplicada”, ou ainda em pura ideologia, ou mesmo em conluio. Fica então a questão: colocar-se no lugar de outra pessoa, será essa a função de um analista?

Nelson Coelho Junior (2004) remonta as origens do termo, partindo do *empathia* grego, passando pelo *Einführung* alemão (traduzido como *sentir com*), até o termo em português. O autor afirma que o conceito indica “ora a possibilidade de projetar de modo imaginativo sua consciência e, assim, apreender o objeto contemplado, ora a capacidade de compreender os sentimentos e os pensamentos de um outro, colocando-se em seu lugar”. Nota-se assim o seu caráter imaginário, envolvendo noções de lugares e a possibilidade de assumir o lugar do outro.

Vale lembrar que Freud utilizou, por vezes, o termo *Einführung* em alguns de seus escritos (Freud, 1905; 1913; 1921). Ainda assim, é notável, como destaca Coelho Junior (2004), o debate que o criador da psicanálise estabelece com Ferenczi, em suas teorizações sobre o “tato” e a técnica ativa. Neste ponto, concorda-se com Figueiredo (2017), ao afirmar que a resposta para a questão de como possibilitar certa empatia sem romper com a regra fundamental da associação livre possa ser encontrada nos desenvolvimentos teóricos de Bion. Talvez não seja mera coincidência uma certa afinidade entre os desenvolvimentos bionianos e as teorizações sobre o *enactment*.

## Em-patia

Propõe-se aqui, que a empatia em psicanálise não está ali onde ela é colocada no vocabulário popular. A ação de se colocar no lugar do outro não está no escopo da ética psicanalítica. Em primeiro lugar, é uma ação, ato, atuação que rompe a regra fundamental. Ainda, é um movimento impossível. A noção de alteridade não comporta a possibilidade de um se colocar no lugar

do outro. O outro, enquanto alteridade, é inalcançável. Por isso, o analista deve ocupar uma posição de abstinência, de atenção fluante, como ensinou Freud (1912). Também por isso, o paciente fala, associa livremente.

Então, qual o lugar da empatia na técnica psicanalítica? Entende-se, então, que ela está na possibilidade de estar aberto para estados de em-patia, ou como supracitado, de *enactment*. Mas assim como proposto por Figueiredo (2017), este estado de em-patia se dá a partir da atenção fluante, e não apesar dela. O analista lança mão do que Bion (1970) denominou de capacidade negativa, uma posição sem memória, desejo ou necessidade de compreensão prévia. Aqui, poderíamos acrescentar: sem necessidade de assumir uma posição empática. Assim, o campo analítico pode se manter não-saturado (do intento do analista de assumir uma posição empática, inclusive) e, desta forma, estar aberto para a possibilidade das dinâmicas inconscientes intersubjetivas. E tal qual citado anteriormente, não é no estado de em-patia que a cura se dá, mas na utilização *à posteriori* deste estado. Uma vinheta clínica pode auxiliar a ilustrar a questão.

Paula - os dados da paciente foram modificados de modo a preservar o sigilo, preservando-se o que foi entendido como a essência da vinheta, com o objetivo de ilustrar a questão discutida - é uma paciente com o que comumente se poderia chamar de fortes traços obsessivos. Sua fala é permeada por formações reativas, os conteúdos aparecem racionalizados, e as intervenções são destruídas por frases como "se eu entendi o que tu quis dizer com isso que tu falou" ou "não entendi o que fez tu dizer isso". Ao término de uma série de sessões, fui acometido por um desconforto, a sensação de que falei demais, e que muitas das intervenções foram excessivamente explicativas. O processo estava ficando chato. Em certa sessão, após uma intervenção estúpida (no sentido proposto por Cassorla, 2016), a paciente afirma "muitas palavras..." e fica em silêncio. Digo que tem razão, que nossa comunicação está ficando impessoal, e que talvez há algo que precisamos escutar aí. A paciente, então, afirma: "é, eu sinto que essa sala está virando uma reprodução do que se passa dentro da minha cabeça". As sessões seguintes passaram a ter um clima mais afetivo, permeadas por sonhos e descobrimentos. Até então, estávamos em estado de em-patia, dando corpo para aspectos psíquicos inconscientes. A partir de então, pudemos dar palavras.

## Comentários finais

Este breve ensaio teve como objetivo propor uma perspectiva do conceito de empatia para a clínica psicanalítica, como *em-patia*, a partir do estudo dos *enactments*. Entende-se que estes estados não devem ser buscados ativamente pelo analista, que deve preservar o que Freud chamou de atenção fluante, e Bion desenvolveu através do que chamou de capacidade negativa. Desta forma, o campo analítico mantém-se insaturado, de modo com que estes fenômenos possam ser utilizados, *à posteriori*, em prol da análise.

## Referências

- Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*. London: H. Karnac, 1993
- Cassorla, R. M. S. A final, o que é esse tal enactment? *Jornal de Psicanálise*. 2013;46(85):183-198.
- Cassorla, R. M. S. (2016) *O psicanalista, o teatro dos sonhos e a clínica do enactment*. São Paulo: Blucher.

- Cavalheiro, R. Silva, M. R. Enactment na clínica com crianças? Considerações sobre enactment de vida e enactment de morte. *Rev Bras Psicoter*. 2014;16(1):43-52
- Coelho Junior, N. E. Ferenczi e a experiência da Einfühlung. *Ágora, Rio de Janeiro*, v.7, n.1, p.73-85, Jan, 2004 .
- Figueiredo, L. C. Escutas em análise: escutas poéticas. In Rivera, T. Celes, L. A. M. Souza, E. L. D. (2017) *Psicanálise*. Rio de Janeiro: FUNARTE.
- Friedman, R. J. Natterson, M. Enactments: an intersubjective perspective. *Psychoanal Q*. 1999;68(2):220-47
- Freud, S. (1905) *Os chistes e sua relação com o inconsciente* In: Freud, S. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. VII.
- Freud, S. (1912) *A dinâmica da transferência*. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XII.
- Freud, S. (1913) *Sobre o início do tratamento*. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. In: Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XII.
- Freud, S. (1921) *Psicologia de grupo e a análise do ego*. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVIII.
- Gerchman, F. C. Enactments sob o Vértice da Teoria das Transformações. *Rev. bras. psicoter*. 2016;18(2):67-77
- Goellner A. Enactment: alguns aspectos do conceito e da sua abordagem em psicoterapia de orientação analítica. *Rev Bras Psicoter*. 2012;14(3):25-39
- Gus, M. Acting, enactment e a realidade psíquica "em cena" no tratamento analítico das estruturas borderline. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 2007;41(2):45-53.
- Jacobs, T. J. On countertransference enactments. *J Am Psychoanal Assoc*. 1986;34:289-307.
- Lucion, N. K. Enactment. *Rev Bras Psicot*. 1999;1(2):105-12.
- Perelberg, R. Levinson, N. Panel on 'Acting out and/or enactment'. *Int J Psychoanal*. 2003;84:151-155
- Renik, O. Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanal Q*. 1993;62:553-571.
- Steiner, J. Interpretative enactments and the analytic setting. *Int J Psychoanal*. 2006;87:315-20.

## Política editorial

A Diaphora é uma revista científica eletrônica e impressa semestral, editada pela Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul e se propõe a publicar artigos inéditos, originais produzidos na área de psicologia e áreas afins e que não estejam sendo avaliados para publicação em outra revista. É um periódico que está permanentemente aberto a submissões.

Publica artigos sobre investigações empíricas e revisões sistemáticas e integrativas da literatura. São aceitos artigos que se enquadram nas seguintes categorias: relato de pesquisa, artigo teórico, relato de experiência profissional e ensaio. Não cobra taxa de editoração (article processing charges - APC) ou taxa de submissão de artigos. Possui DOI.

Os manuscritos devem ser enviados eletronicamente, sem nenhum tipo de identificação do(s) autor(es) para o site da revista. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores – Submissão, após os autores terem realizado cadastro. Os textos podem ser redigidos em português, espanhol, inglês (com tradução), nas normas da American Psychological Association - APA 6ª edição (2010) <http://www.apa.org>. O endereço para envio dos artigos é: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/issue/view/18>.

A publicação dos artigos está sujeita à aprovação prévia da equipe editorial da revista, após serão submetidos à avaliação do tipo "double blind peer review" (avaliação realizada por dois revisores anônimos afiliados a instituições diferentes da dos autores).

## Política de privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

## Submissão

Passos para submissão.

A submissão eletrônica de artigos segue dois passos: e-mail de encaminhamento e apresentação formal dos autores e a submissão do artigo no site.

Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do artigo e poderão acompanhar o processo editorial utilizando seu nome de usuário e senha.

O processo editorial somente terá início com o cadastramento de todos os autores (se houver) no sítio da revista, com seus respectivos e-mails.

## Normas editoriais

1- O artigo recebido passará pela apreciação do Editor e da Equipe Editorial que avalia sua pertinência de acordo com a política editorial.

2- Há três possibilidades em seu parecer: a) aceitação integral do texto; b) aceitação com reformulações; c) recusa integral do texto. Em qualquer destas situações o autor será devidamente comunicado.

3- O(s) autor(es) do artigo receberá(ão) os pareceres dos consultores em qualquer das possibilidades referidas. Destaca-se que não há prazo para retorno dos pareceres, tendo em vista que essa atividade é realizada por consultores externos. A Diaphora trabalha com uma expectativa de prazo não superior a 90 dias. No entanto, este pode ser ultrapassado, de acordo com a complexidade do tema, disponibilidade e aceitação de realização do parecer por parte dos consultores convidados.

4- A versão modificada do manuscrito deve ser reencaminhada no prazo máximo de 15 dias após o recebimento da notificação. Os autores deverão preencher o formulário de alterações, esclarecendo as alterações feitas e aquelas que não julgaram pertinentes devidamente justificadas. No texto, as modificações realizadas deverão estar destacadas com a ferramenta Word "pincel amarelo" ou letra na cor vermelha. O encaminhamento com as modificações pode ser realizado para o e-mail do editor que administra o artigo Com Cópia para o e-mail da revista: [revistasprgs@sprgs.org.br](mailto:revistasprgs@sprgs.org.br). O(s) autor(es) deverão se manifestar quanto ao recebimento do material e confirmar a intenção de realizar as modificações apontadas no parecer. A ausência de retorno no prazo citado será entendida como desistência de seguimento do processo de submissão.

5- Após as modificações, o artigo será, se necessário, enviado novamente aos revisores, que emitirão um novo parecer, definindo a aceitação, a necessidade de novas correções ou a recusa do artigo.

6- O Editor e a Equipe Editorial reservam-se o direito de fazer pequenas alterações no texto dos artigos.

7- A decisão final sobre a publicação de artigo sempre será do Editor, Editores Associados e Equipe Editorial.

8- Finalizado o processo, o(s) autor(es) receberão carta de aceite de publicação com indicação de previsão do ano e número da edição.

9- Os artigos serão aceitos em língua portuguesa, inglesa e espanhola (traduzido).

10- As opiniões emitidas nos artigos são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não constituindo sua aceitação motivo para se entender que a Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul e a Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul compartilham das opiniões ou juízos emitidos pelos autores.

11- A matéria editada pela Diaphora eletronicamente poderá ser impressa. Os direitos autorais obtidos pela publicação do artigo não serão repassados para o(s) autor(es) do artigo. A avaliação dos manuscritos levará em conta se a linguagem utilizada no texto é clara e apropriada ao modelo

---

científico e se a ortografia, a gramática e a pontuação estão corretamente empregadas. Além disso, avaliará a fundamentação teórica que embasa as ideias desenvolvidas, a adequação da metodologia utilizada para a exploração do conteúdo proposto e se a revisão bibliográfica utilizada no texto é condizente com o tema escolhido. A atualidade dos artigos usados também será considerada, bem como as articulações entre diferentes autores. Será avaliado se os dados foram interpretados adequadamente e se as conclusões apresentadas no texto respondem aos objetivos do mesmo. Deve haver uma articulação entre os aspectos teóricos e metodológicos abordados. O quesito relevância é um ponto significativo da avaliação; considera a importância teórica, metodológica, social ou prática do tema desenvolvido no texto para a área do conhecimento.

### Encaminhamento de artigos

Os artigos originais deverão ser enviados à SPRGS, por meio do link: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/author/submit/1>, por meio do item : submissão, devendo o autor principal receber notificação de recebimento no prazo de sete dias úteis.

Os artigos originais deverão ser encaminhados com digitação em espaço 1,5, fonte Times New Roman (tamanho 12). A folha deverá ser A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5 cm), esquerda e direita (no mínimo 3 cm). A revista adota as normas do Manual de Publicação da American Psychological Association -APA (6ª edição, 2010).

Relato de pesquisa (mínimo de 15 e máximo 20 laudas); Artigos de revisão (mínimo de 12 e máximo de 15 laudas); Relato de experiência profissional (mínimo de 12 e máximo de 15 laudas) e Resenhas (mínimo de 1 e máximo de 3 laudas).

\*No caso de estudos envolvendo seres humanos, será exigido, nos termos das Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, documento comprobatório da aprovação por parte de Comissão ou Comitê de Ética da instituição na qual foi realizada a pesquisa ou número do protocolo de aprovação.

\*Conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) devem ser mencionados sob pena de cancelamento da publicação no caso de serem identificados ditos conflitos por parte do Editor, Editores Associados e Conselho Editorial.

### Apresentação do artigo

a) Título do artigo em língua portuguesa com até 10 palavras; Nome dos autores; formação; maior titulação; afiliação institucional; endereço, telefone e e-mail de todos os autores; Resumo em português contendo de 150 a 200 palavras; três palavras-chave; Título do artigo em inglês, Abstract, keywords.

b) Os artigos referentes a Relatos de Pesquisa devem apresentar a seguinte seqüência: Título; Resumo; Abstract; Introdução; Método (população/ amostra/participantes, instrumentos, procedimentos (coleta e análise de dados), incluindo nessa seção afirmação de aprovação do estudo em Comitê de Ética de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde); Resultados; Discussão, Referências (em letra minúscula e em seções separadas). Em artigos teóricos deve constar: Título; Resumo; Abstract; Introdução – na qual figure a argumentação teórica de conceitos relevantes para o desenvolvimento teórico da Psicologia, de maneira coerente e inovadora; Considerações finais; Referências.

c) As referências são limitadas a 30, exceto nos artigos de revisão que podem utilizar até 40. No total poderá ser utilizada até 10% de citações referentes aos próprios autores. No mínimo, 50% do total devem referir-se aos últimos cinco anos. Exceções deverão ser justificadas e serão analisadas pela Equipe Editorial.

d) Usar as denominações tabelas e figuras (não usar a expressão quadros e gráficos). Colocar tabelas e figuras incorporadas ao texto. Tabelas: incluindo título e notas de acordo com normas da APA. Formato Word – ‘Simples 1’. A tabela não poderá exceder 11,5 cm de largura x 17,5 cm de comprimento. O comprimento da tabela não deve exceder 40 linhas, incluindo título e rodapé(s).

e) Anexos: somente serão aceitos quando contiverem informação original importante, ou destaque indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar anexos.

\* Para a redação de texto, a Diaphora -Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul sugere:

Sabadini, A. A. Z. P., Sampaio, M. I. C., & Koller, S. H. (Orgs.). (2009). *Publicar em psicologia: um enfoque para a revista científica*. São Paulo: Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia; Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Recuperado em 13 de outubro de 2014, <http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Publicar-em-Psicologia.pdf>