

**PSICOLOGIA CLÍNICA**

# PSICOLOGIA E SOCIEDADE:

**Um Olhar Clínico sobre as demandas históricas, biológicas, sociais e culturais.**



### **Comissão Organizadora**

Girlene Maria de Moura Carneiro  
Marli Bueno de Castro  
Nadyene Moreira de Souza Borges

### **Autores(as)**

Alexandre Castelo Branco Herênio  
Andreoly Nogueira Monção  
Camila Alves de Oliveira e Silva  
Christine Ramos Rocha  
Eliane Pelles Machado Amorim  
Gina Nolêto Bueno  
Giordana Pimentel Oliveira  
Gustavo Alves Pereira de Assis  
Handersenn Shouzo Abe  
Isabela Oliveira Peres  
Italo Caique Grigorio Santos  
Larissa de Carvalho Lopes  
Larissa Simão de Araújo Ferreira  
Leonardo Conceição Guimarães  
Luciana Pacheco Miranda Rochael  
Marcus Vinicius Costa Matos  
Mirelly Conceição do Carmo  
Nádia Christine Gomides Ferreira Alves  
Rafaela Morcerf Lopes  
Sônia Maria Mello Neves  
Wanderson Barreto

### **Conselho Editorial**

Dr. Adriano Machado  
Dra. Alba Cristhiane Santana da Mata  
Dr. Charles Ribeiro de Souza  
Dr. Eli Antonio Cury  
Esp. Emília de Carvalho Engelmann  
Dra. Gardenia de Souza Furtado Lemos  
Dra. Hérica Landi de Brito  
Dra. Ivone Félix de Sousa  
Dra. Juliana de Castro Chaves  
Dra. Mara Rúbia de Camargo Alves Orsini  
Dra. Sandra Regina Schewinsky  
Dra. Suely Pereira de Faria  
Dr. Tiago Corbisier Matheus  
Dr. Vinicius Novais Gonçalves de Andrade

Homenagem ao Conselheiro licenciado Psicólogo Prof. Mestre Wadson Arantes Gama CRP09/1523,  
que presidiu a comissão organizadora desta obra no período de setembro de 2023 a junho de 2024.

# **Psicologia e Sociedade:** **um olhar clínico sobre as demandas** **históricas, biológicas, sociais e culturais**

1ª edição

Goiânia - Goiás  
Editora Alta Performance  
- 2025 -

Copyright © 2025 by  
Girlene Maria de Moura Carneiro  
Marli Bueno de Castro  
Nadyene Moreira de Souza Borges

**Editora Alta Performance**

Rua 128, nº 67, Qd. F-29, Lt. 05, 2º Andar - Sala 03  
Setor Sul - CEP: 74.093-100 - Goiânia/Goiás  
CNPJ: 21.538.101/0001-90  
Site: <http://editoraaltaperformance.com.br/>

**Contatos:**

Larissa Pereira - (62) 98230-1212

Revisão ortográfica: Doralice Jacomazi  
Editoração: Franco Jr.  
Capa: Conselho Regional de Psicologia - Goiás

CIP - Brasil - Catalogação na Fonte  
Dartony Diocen T. Santos CRB-1 (1ª Região) 3294

P974 Psicologia clínica – psicologia e sociedade: Um olhar clínico sobre as demandas históricas, biológicas, sociais e culturais. / Girlene Maria de Moura Carneiro, Marli Bueno de Castro, Nadyene Moreira de Souza Borges (Org.) – 1ª ed. – Goiânia: Editora Alta Performance, 2025. [Ebook]  
288p.: il.

ISBN: 978-65-5447-393-4

1. Psicologia Clínica. 2. Sociedade. 3. Demandas. 4. Biológicas. 5. Sociais. I. Título.

CDU: 159,98

O conteúdo desta obra é de total responsabilidade dos autor(es).

**DIREITOS RESERVADOS**

É proibida a reprodução total ou parcial da obra, de qualquer forma ou por qualquer meio, sem a autorização prévia e por escrito dos autores. A violação dos Direitos Autorais (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

# SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO.....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA REALIZADA.....</b>	<b>13</b>
<b>DEMANDAS JURÍDICAS FAMILIARES NO ATENDIMENTO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: CUIDADOS E CONHECIMENTOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>32</b>
<i>Christine Ramos Rocha</i> <i>Eliane Pelles Machado Amorim</i> <i>Handersenn Shouzo Abe</i>	
<b>POR UMA CLÍNICA PSICOLÓGICA CRÍTICA: UMA REVISÃO NARRATIVA.....</b>	<b>58</b>
<i>Mirelly Conceição do Carmo</i> <i>Wanderson Barreto</i>	
<b>PSICOLOGIA PERINATAL E OBSTÉTRICA: O SOFRIMENTO GESTACIONAL NA PERSPECTIVA DO PSICÓLOGO .....</b>	<b>79</b>
<i>Nádia Christine Gomides Ferreira Alves</i> <i>Camila Alves de Oliveira e Silva</i> <i>Giordana Pimentel Oliveira</i> <i>Isabela Oliveira Peres</i> <i>Marcus Vinícius Costa Matos</i> <i>Leonardo Conceição Guimarães</i>	

<b>EMISSÃO DE OPERANTES ANTE A ESTIMULAÇÃO AVERSIVA: A VIVÊNCIA DO LUTO.....</b>	<b>109</b>
<i>Larissa Simão de Araújo</i>	
<i>Gina Nolêto Bueno</i>	
<b>A EXPERIÊNCIA DE DOR TOTAL NO FIM DA VIDA: A CLÍNICA AMPLIADA EM GESTALT-TERAPIA.....</b>	<b>146</b>
<i>Gustavo Alves Pereira de Assis</i>	
<i>Alexandre Castelo Branco Herênio</i>	
<b>INDIVÍDUOS SOROPOSITIVOS E DIREITOS HUMANOS: UM ESTUDO À LUZ DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO .....</b>	<b>170</b>
<i>Rafaela Morcerf Lopes</i>	
<i>Wanderson Barreto</i>	
<b>O USO TERAPÊUTICO DE PRODUTOS À BASE DE CANNABIS SATIVA: RELATO DE CASO E OS DESAFIOS DA PSICOLOGIA EM COMPREENDER ESSE NOVO PARADIGMA DE ATUAÇÃO EM CLÍNICA.....</b>	<b>192</b>
<i>Andreoly Nogueira Monção</i>	
<b>CRIAÇÃO COMO ELEMENTO ADVERSATIVO? ESTUDO SOBRE IMAGINAÇÃO CRIATIVA E VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES.....</b>	<b>216</b>
<i>Larissa de Carvalho Lopes</i>	
<b>O PAPEL DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO (ACT) E DA COMPAIXÃO NAS INTERVENÇÕES PARA O AUTOESTIGMA RELACIONADO AO PESO: UMA REVISÃO NARRATIVA.....</b>	<b>246</b>
<i>Luciana Pacheco Miranda Rochoael</i>	
<i>Sônia Maria Mello Neves</i>	

<b>PERCURSO HISTÓRICO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO BRASIL E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO ATUAL CENÁRIO DE SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>266</b>
<i>Italo Caique Grigorio Santos</i>	
<b>SOBRE OS AUTORES.....</b>	<b>282</b>

*“O diálogo permanente entre a teoria e a clínica. A articulação teórica sem referência à clínica corre o risco de aproximar-se das manifestações do pensamento delirante. A clínica sem a conceitualização teórica pode perder-se na indisciplina de uma prática onipotente e sem rigor metodológico.”*

(Gilberto Safra, 1993, p. 120)

## PREFÁCIO

Este livro é o resultado de uma pesquisa empreendida pela Comissão de Psicologia Clínica do Conselho Regional de Psicologia - 9ª Região, do estado de Goiás, por convite e solicitação de seu presidente, psicólogo Wadson Arantes Gama. Os motivos que a justificam são de várias ordens, e vamos destacar aqui os principais:

A Psicologia Clínica é, sem dúvida, a escolha de área predominante que os estudantes de Psicologia fazem ao terminarem o curso de graduação. Portanto, faz-se necessária uma aproximação entre o conselho de classe e os psicólogos clínicos, objetivando uma maior integração, inter-relação, mutuação e relacionamento.

Por sua vez, a Psicologia Clínica enfrenta um mal-entendido entre as definições de “psicoterapia” e “terapia”, levando a uma confusão entre os que as procuram. Sabemos que o processo psicoterapêutico é alicerçado e respaldado cientificamente pela Psicologia, exigindo dos profissionais que clinicam a graduação em Psicologia (curso universitário de cinco anos), além de especializações na área.

Atualmente, temos constatado, por meio das mídias sociais, publicações de ordem equivocada que estendem o atendimento clínico psicológico a outros profissionais e, ainda mais, o desatino de ‘desconfirmar’ a imperiosa necessidade de graduação em Psicologia para o exercício clínico.

Outro motivo é a profusão de teorias e técnicas ainda não validadas cientificamente, ou seja, não aprovadas pelo órgão de classe até o momento. As teorias nos situam em relação ao objeto de estudo, e são capazes de nos guiar por um caminho sólido e mais seguro.

Entendemos que a psicoterapia exige do profissional uma formação robusta e íntegra, uma vez que a matriz clínica é muito variada e complexa. Atendemos a inúmeros casos em nosso consultório com queixas variadas e sintomatologias que exigem um amplo conhecimento técnico e experiência, pois são de natureza sutil e seus aspectos são muito complexos.

Além da pesquisa, o livro traz artigos variados dentro da temática de atendimento psicoterápico, todos abordando a prática clínica contemporânea, com seus avanços e recortes. Se nos envolvermos em reflexões teóricas sem norteamo clínico, corremos o risco de nos aproximarmos da manifestação de ideias ilógicas e desatinadas. Uma clínica sem conceituação teórica, sem rigor metodológico, pode ficar aloprada em uma prática onipotente e indisciplinada.

Somada a uma boa formação, a psicoterapia exige um profissional cuidadoso com o processo, pois é delicada e seus aspectos, muito herméticos. O funcionamento psíquico deve ser abordado e pensado de forma mais profunda, além de verticalizada ao longo do nosso desenvolvimento longitudinal. Necessita ser realizado por um profissional com formação e capacitação em Psicologia Clínica. Há grandes riscos em toda sua consecução e a psicoterapia não deve se tornar um processo traumático. As psicólogas e psicólogos são os profissionais que têm formação específica para avaliar, compreender, cuidar e tratar de questões emocionais, conductuais e comportamentais.

**Eli Antônio Cury**

Presidente da Comissão Especial de Psicologia Clínica XI Plenário - CRP 09

# INTRODUÇÃO

Realizamos a pesquisa através de um questionário quanti/qualitativo disponibilizado no formato online, através de link no site do Conselho, e impresso, com distribuição feita pelos membros da comissão de Psicologia Clínica do CRP-09, a partir do primeiro semestre de 2023. Ele foi realizado tendo como suporte a metodologia do Centro de Referência Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop).

Com o objetivo de mapear a atuação da Psicologia Clínica no estado de Goiás, o resultado do questionário possibilita o levantamento de dados, a análise e a concepção de ações estratégicas que serão realizadas por este Conselho. Assim, tem-se conhecimento da formação, da promoção, da prática e do grau de satisfação de psicólogas e psicólogos na especialidade Clínica.

A pesquisa foi realizada em duas etapas: na primeira, foram coletadas as respostas de 662 profissionais inscritos no CRP-09 e que atuam na clínica. Foram analisados: o tempo de atuação na clínica, formas de atendimento (presencial e/ou online), a impressão que tiveram sobre a prática clínica ao finalizar a faculdade, a abordagem em que atuam, se atendem em algum plano de saúde, se exercem alguma atividade que não seja relacionada à psicologia, se exercem alguma outra atividade relacionada à psicologia além da clínica. Foram indagados ainda sobre de que forma fazem suas divulgações, como seus clientes são captados, se participam de algum grupo de estudo/pesquisa/leitura na sua abordagem, como consideram a qualidade de seu vínculo com os colegas de abordagem, qual a posição diante da necessidade da psicoterapia aos postulantes do exercício da clínica psicológica, se os rendimentos com a psicologia clínica são suficientes

para custear a vida, em quais modalidades de psicoterapia atendem, e, finalmente, qual assunto/tema que gostariam que o CRP-09 ofereça como orientação para a área clínica.

Os resultados da pesquisa quantitativa e a análise dos dados quanti/qualitativos obtidos na aplicação de todos os questionários serão apresentados no capítulo 1 deste livro.

Já é público que o Brasil está no ranking dos países que mais formam psicólogos no mundo. Quantitativamente, o número de profissionais também é um dos mais expressivos em termos mundiais. A premência de pesquisas como esta se justifica também para dar voz aos psicólogos, auxiliar cada vez mais no processo de formação e capacitação profissional, e fortalecer tanto a imagem como a prática da psicoterapia na coletividade.

Vários temas de vanguarda também são destaques, como: A psicoterapia, ou “psicoterapia de natureza psicológica”, é só para psicólogos? A questão da supervisão clínica no trabalho psicoterapêutico presencial e online, entre outros.

A psicoterapia vindoura caminhará para ser mais científica do que hoje, refinará uma metodologia, sendo mais cautelosa em suas afirmações e nas conclusões do material investigado. Ela continuará dando ênfase aos temas familiar, natureza dos conflitos normal e anormal, destruição do meio ambiente e as conflitantes relações humanas.

**Eli Antônio Cury**

Presidente da Comissão Especial de Psicologia Clínica XI Plenário - CRP 09

The background features a series of concentric, light-colored circles centered on the page. Overlaid on this are several abstract, organic shapes in shades of orange and light blue. Two small 'x' marks are positioned in the upper half of the page, and a small orange triangle is located to the right of the main text.

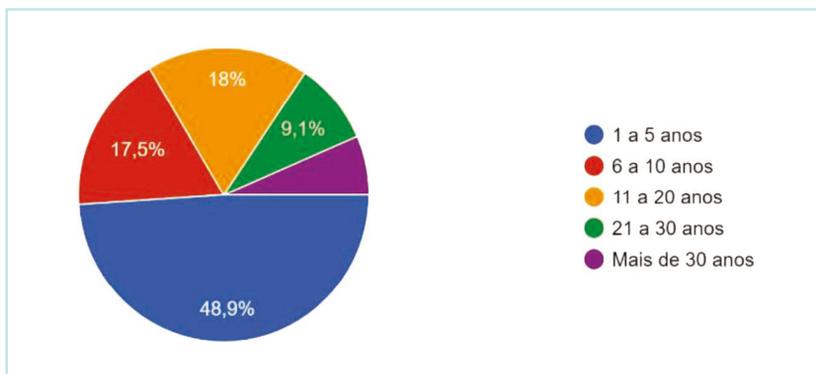
## **RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA REALIZADA**

O questionário da pesquisa foi respondido por 662 participantes. Destes, 462 (69,8%) se identificaram; e 200 (30,2%) não. Identificaram-se com o gênero feminino, 72,9%; e 27,1%, masculino. Quanto ao estado civil, 41,7% se declararam solteiros; 40,9% são casados; 12,8%, divorciados; 2,7% estão em união estável; e 1,9% é viúvo. As faixas etárias dos pesquisados são: 34,6% têm de 20 a 30 anos de idade; 32,8%, entre 31 e 43 anos; 17%, de 44 a 52; 12,6% estão entre aqueles com 53 e 64 anos; e 1,1% respondeu que tem de 64 a 73 anos. Em relação à raça/cor/etnia, 1,8% se identificou na etnia amarela; 54%, na cor branca; 0,1% como indígena; 8,1% se declararam negros; 33,8% na cor parda; e 2,2% não souberam ou preferiram não responder.

## 1. Resultados quanti/quali obtidos na pesquisa

### 1.1 Tempo de formação

**Gráfico 1** - Tempo de formação (662 respostas)



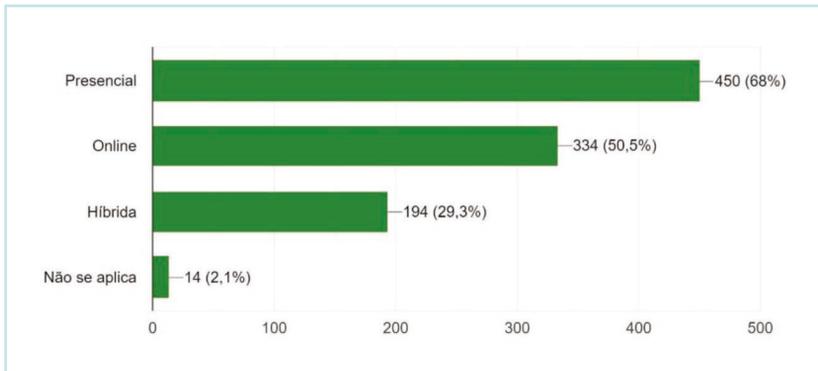
Quase metade dos participantes tem de 1 a 5 anos de formação, isto é, a maior parte dos envolvidos são profissionais que se graduaram há menos de meia década.

Aqui, podemos levantar algumas hipóteses que poderão ser fruto de novas investigações.

A primeira é que o aumento vertiginoso do número de profissionais que entraram no mercado ultimamente pode ter ocasionado desproporção entre as faixas etárias. A segunda hipótese pode estar relacionada a uma investida equivocada dos novos profissionais, referente à insalubridade desta atividade, variância nos rendimentos financeiros e dilemas vocacionais.

## 1.2 Formas de atendimento

**Gráfico 2 - Formas de Atendimento (662 respostas)**



A forma presencial de atendimento psicoterapêutico ainda é a mais comum. No entanto, a pesquisa aponta para um crescimento vertiginoso no número de atendimentos online.

Vale destacar que esse atendimento é uma tendência crescente e tem sido praticado em diversos países. No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia autorizou o uso de plataformas virtuais para atendimento aos pacientes a partir de novembro de 2019. A psicoterapia virtual pode ser uma opção para pessoas que têm dificuldade em comparecer a sessões presenciais, seja

por questões geográficas ou delimitações relacionadas à saúde. Além disso, a psicoterapia online pode tornar-se mais acessível economicamente, uma vez que são abolidos os custos de deslocamento(s).

Ao lado das vantagens, também temos desafios para superar. Um dos maiores é a falta de contato físico entre o paciente e o psicoterapeuta, podendo afetar a qualidade da interação e a acuidade do paciente sobre a eficácia do atendimento. Ela também pode ser prejudicada por problemas técnicos, como conexões instáveis à internet, que podem interromper a sessão e prejudicar sua continuidade. A psicoterapia online sofre limitações por não ser adequada para todos os pacientes, notadamente aqueles que necessitam de atenção sustentada ou que apresentam sintomas graves, temos como exemplos os psicóticos e aqueles sob uso de substâncias.

### 1.3 Impressão sobre a prática clínica ao finalizar a faculdade

Vejam as respostas mais contundentes e que, de certa forma, tragam um perfil categorizado da nossa realidade:

#### 1.3.1 Categoria A

##### **O status da profissão e a qualidade da formação acadêmica**

- *Temos uma profissão ainda pouco valorizada e uma prática de ensino fraca nas instituições de graduação, sempre enfatizando o que ‘não’ fazer do que como desenvolver uma boa prática profissional.*
- *Medo do desconhecido, pois não aprendemos sobre a parte prática/burocrática/fiscal.*
- *Sempre imaginei que a prática clínica visa ajudar as pessoas que buscam trabalhar não apenas distúrbios e traumas, mas também auxiliar o autoconhecimento e evolução como pessoa com ajuda da psicoterapia. E isso não é diferente na prática profissional.*
- *Que não fomos estimulados de forma positiva para o mercado de trabalho, pois havia um pré-conceito de que com a área clínica não se tinha bons rendimentos.*

- *Vaga e engessada, pois a forma como é ensinado na graduação não nos permite visualizar as várias possibilidades existentes na atuação clínica.*

- *A formação acadêmica não é, nem de longe, o suficiente para a atuação profissional. É necessário muito mais conhecimento técnico para conseguir atuar. Por isso, acredito que se faz necessário uma prova para adquirir CRP. Afinal de contas, se a formação fosse tão completa como muitos pregam (inclusive o CFP), não teríamos tantos processos éticos pendentes e aumentando significativamente em nossos CRPs.*

- *Muito superficial, teoria e prática são extremamente diferentes.*

- *Treinamento muito superficial.*

- *Muitos desafios tanto em questão de quebra de ‘preconceitos’, quanto de atuação em si (casos clínicos).*

- *Ao finalizar a faculdade, eu tinha uma vaga noção (talvez romanizada) da clínica.*

- *Sempre foi minha prioridade, mas alguns professores passavam a ideia de que não daria para sobreviver de clínica.*

- *Ao finalizar a faculdade tinha impressão de que depois de 5 anos ainda é pouco para se lançar em uma clínica. Acredito que é preciso repensar práticas como supervisão (na Medicina existe residência, certo?).*

- *A faculdade apresentou psicodiagnóstico infantil, plantão psicológico (abordagem rogeriana), prática clínica (abordagem fenomenológica existencial), eu não me identifiquei com nenhuma abordagem naquele momento.*

- *Fácil, rsrsrs, hoje vejo que é muito difícil principalmente quando se trata de crianças que envolve treino parental e na verdade a gente acaba atendendo a toda a família.*

- *Pouco tempo de experiência prática.*

- *Que nada sabia.*

- *Uma área muito disputada.*

- *Tinha a impressão de que seria fácil viver apenas com a renda da clínica.*

- *Eu ouvi a faculdade toda que Psicologia não era rentável e que teríamos que trabalhar apenas por amor, principalmente na Clínica, pois era vista como desafiadora pelos meus professores. Mas, na prática, não era da forma que eles falavam. Porém, saí com essa percepção da faculdade.*
  - *Diferente do que é apresentado na faculdade.*
  - *Que tudo que foi aprendido não é o suficiente e que as instituições deveriam focar em preparar o graduando em enfrentar a prática.*
  - *Poucas informações dentro da classe sobre atuação, puro territorialismo.*
    - *Esperava que fosse mais valorizado do ponto de vista da remuneração e do respeito à profissão.*
    - *De alta responsabilidade e baixo preparo pela faculdade.*
    - *Ineficiente (vi que a faculdade, em si, ensina muito pouco).*
    - *Existia um pré-conceito sobre psicologia ser apenas para “loucos”. Pouca procura em minha cidade.*
      - *Uma área na qual não se tem apoio para poder instruir os recém-formados, desde a cobrança de valor, organizar horário, espaço de supervisões, acolhimento pela angústia do novo. A finalização da graduação e o início da clínica é um abismo para o recém-formado.*
        - *A formação não ensina a empreender na parte clínica, existe demanda nos municípios do interior principalmente por cobrança das escolas para que as crianças e adolescentes tenham acompanhamento psicológico, apesar de a prefeitura municipal disponibilizar psicólogos, não supre toda demanda. O que é importante por parte do CRP e das universidades seria ministrar cursos e conferências que possibilitem que os psicólogos na área clínica tenham formações que visem prepará-los para o mercado de trabalho.*
          - *Uma área em pleno desenvolvimento e crescimento.*
          - *Que seria mais fácil a captação e manutenção de clientes para me manter trabalhando na área clínica ou na hospitalar, depois que fiz a especialização. Mas não foi o que aconteceu e hoje atuo esporadicamente na clínica, tendo que ter um trabalho fixo e não conseguindo me manter financeiramente da Psicologia.*

- *Diferente do que é apresentado na faculdade.*
- *Poucas informações dentro da classe sobre atuação, puro territorialismo.*
  - *Esperava que fosse mais valorizado do ponto de vista da remuneração e do respeito à profissão.*
  - *Que era uma área precarizada, por conta da falta de fiscalização do CRP quanto à prática ética dos profissionais e dos valores cobrados (grande número de psis não seguem a tabela do conselho). Junto à questão de a categoria ter dificuldade de se articular enquanto grupo.*
  - *A faculdade não contemplava a todos os alunos que desejavam seguir a abordagem clínica. Fiz estágio numa creche. Construí minha trajetória na abordagem clínica estudando e correndo atrás de especialização, grupo de estudo, supervisão...*
    - *Conhecimento elementar e superficial em relação às psicoterapias.*
    - *Despreparado.*
    - *Impressão vaga.*
    - *Que seria mais fácil conseguir clientes e que as pessoas consideravam a clínica psicológica como um trabalho de importância.*
    - *De que era uma área de difícil inserção, ganhos irregulares e não suficientemente vista e/ou valorizada socialmente.*
    - *Algo difícil, instável, que exigia do psicólogo anos de estudo e práticas em outras áreas. “Não se podia viver só de clínica”.*
    - *Que seria mais fácil de conseguir pacientes.*

### **1.3.2 Categoria B - Sobre o investimento**

- *Extremamente o oposto do estágio oferecido pela faculdade, difícil inserção, alto custo para investir, pouca oportunidade, infelizmente percebi que a profissão é muito utilizada e que os profissionais com mais tempo de atuação não fazem questão de orientar ou compartilhar experiências.*
  - *Uma atuação com pouco dinamismo e com baixo rendimento financeiro.*

- *Algo elitizado e para poucos. Não era a minha opção de atuação.*
- *Que era muito difícil.*
- *Que seria difícil, teriam muitos empecilhos e que seria necessário dinheiro para começar.*
  - *A minha impressão sobre a prática clínica é que era necessário estar em terapia individual, buscar uma pós-graduação e supervisão.*
  - *Pobre. Para atuar com maior segurança e obter melhores resultados tive que investir em cursos de pós-graduação.*
  - *Insegurança e receio de iniciar, pelo fato de ouvir muito que não dá para viver só de clínica e ter que abrir mão da ‘estabilidade’ que outro emprego me permitia, era quase inviável arriscar.*
  - *Muito difícil, foquei em RH. De 2 anos para cá que me dedico aos conhecimentos clínicos.*
    - *Precisa de conhecimentos sobre gestão.*
    - *Como paciente na época, senti o desejo em iniciar na prática clínica.*
      - *Ainda não estar totalmente preparada.*
      - *De que a escuta ativa e sem julgamentos, somada às estratégias bem fundamentadas na teoria de atuação, seriam fundamentais para que se obtivesse êxito na clínica. Por isso, fui me especializar desde o início da prática.*
        - *Grande necessidade de especializar.*
        - *Senti falta de ter um estágio mais firme na prática da clínica.*
        - *Desafiante, com necessária formação e estudo constante.*
        - *Interessante e importante para a continuidade da constituição da minha identidade profissional.*
        - *A formação, depois, foi mais importante.*
        - *Que seria um caminho que levaria um certo tempo para ser trilhado, de modo a ter pacientes. E de estudos constantes. Uma vez Psicóloga, sempre estudante.*
          - *Imaginei que ainda teria que aprender muito, mas a faculdade não ensina muito o contato com a prática.*

- *De que a maioria dos psicólogos fariam terapia, algo que tenho visto que não acontece.*
- *É uma área muito importante e que requer muito estudo, dedicação e supervisão.*

### **1.3.3 Categoria C - Sobre a insegurança no exercício da clínica**

- *Assustadora, por conta da insegurança.*
- *Insegurança ao iniciar a clínica por ser um profissional novo no mercado de trabalho.*
  - *Tinha inseguranças sobre a realização das práticas clínicas para cada paciente.*
    - *Assustadora, por conta da insegurança.*
    - *Medo por falta de confiança.*
    - *Tinha insegurança por falta de experiência.*
    - *Não me sentia preparada para atender.*
    - *Não tinha ideia de como poderia atuar na clínica. Estava totalmente perdida, então fui para a área de RH, pois já havia feito estágio e era o que conseguia desenvolver. Mas depois de 10 anos, fiz transição para a área clínica.*
      - *Tive certeza da necessidade de muito estudo, terapia, supervisão e o quanto seria difícil chegar até um possível cliente. Seria muito tempo de atuação para sobreviver só da área clínica.*
        - *Confusa, distante e muitas dúvidas.*
        - *Insegurança, o medo de não saber separar o problema do paciente da minha vida pessoal.*
        - *Sempre tive e continuo tendo uma preocupação muito grande com psicólogos não terapeutizados e que não fazem supervisão. Estes dois aspectos deveriam ser prioridade acadêmica desde o início do curso.*
          - *Difícil para captar clientes.*
          - *É muito difícil você conseguir entrar no mercado de trabalho, ter ajuda e apoio de outros colegas psicólogos para lhe dar algumas dicas que sejam.*

- *Muito difícil, sem acesso a bons cursos de formação, quase nenhuma opção em Goiânia, grupos muito fechados, pouca orientação da faculdade.*

### **1.3.4 Categoria D - Impressão satisfatória**

- *A melhor possível.*
- *Complexa e árdua, mas compensativa, pelo retomo prático e financeiro.*
  - *Satisfatória e apaixonante.*
  - *Foi excelente e aprendi muito, estive presente em todas as práticas e a faculdade em questão tem o aparato para nos proporcionar um ambiente próprio para a prática clínica.*
    - *Estava segura, pois meu estágio foi bom, atuação e prática em TCC, com vários pacientes.*
      - *Obtive uma base fundamental.*
      - *Boa, pois me sentia preparada para atuar no mercado.*
      - *Algo desafiador, mas apaixonante. Estou convicto da funcionalidade.*
      - *Um processo tão necessário, que tive a certeza de que iria atuar como psicóloga clínica.*
        - *Desafiadora e instigante.*
        - *Que é indispensável e muito importante.*
        - *Era a área mais interessante, cada paciente um universo, sem rotina.*

### **1.4 Sugestões de orientações que o CRP possa oferecer aos psicólogos clínicos:**

- *Melhor divulgação da categoria, fases burocráticas que a meu ver os colegas ainda estão perdidos e fazendo de forma errônea a gestão do trabalho, e das formalizações com o contrato terapêutico, e a gestão da autonomia da profissão.*

• *Práticas regulamentadas na clínica, e o perigo das terapias alternativas sem evidências.*

- *Clínica com crianças.*
- *Métodos de divulgação.*
- *Sobre a importância da psicoterapia do profissional.*
- *Ética, tendo visto coisas muito bizarras de colegas.*
- *A valorização da psicologia clínica na sociedade.*
- *Sendo mais rigoroso na prática clínica e falando sobre penalidades.*

*Hoje em dia, tem muitos psicólogos dando conselhos, nossa profissão está banalizada, (...) falar sobre leis e aplicá-las.*

• *Modificação de comportamentos disfuncionais em correlação aos recentes achados das Neurociências.*

- *Marketing digital para psicólogos.*
- *Psicologia e espiritualidade.*
- *Atendimento online.*
- *Da importância de o profissional fazer terapia, psicoterapia ou análise, conforme sua abordagem, fazer supervisão e obter conhecimento da teoria de sua abordagem e, se possível, entender um mínimo de outras abordagens também. Para a prática clínica fluir de forma coerente com a ética da profissão, é necessário que os profissionais estejam preparados psicologicamente.*

*Para a prática clínica fluir de forma coerente com a ética da profissão, é necessário que os profissionais estejam preparados psicologicamente.*

- *A singularidade nos atendimentos.*
- *Prática baseada em evidências.*
- *Diversidade religiosa e vitimismo.*
- *Discussões mais internacionais em todas as áreas, pois ainda*

*somos muito fechados somente com pesquisas no Brasil e nos EUA.*

- *Elaboração de documentos psicológicos.*
- *Ética na clínica.*
- *Orientação quando tem envolvimento com a justiça.*
- *Mercado da psicologia clínica.*
- *Orientação aos familiares (no caso de dependentes químicos).*
- *Atendimento a autista adulto.*
- *Resoluções e contemporaneidade.*

- *Promover campanhas para resgatar a prática da psicoterapia somente para os psicólogos.*

- *Gostaria que falasse sobre as possibilidades de trabalhar com transtornos em qualquer abordagem. Sinto que há uma tendência para indicar a TCC como única abordagem que funciona para esse tipo de demanda.*

- *Ferramentas para atendimento breve onde não exista um diagnóstico preciso como transtorno. Como trabalhar o transdiagnóstico, por exemplo.*

- *Orientações para o atendimento de pacientes em crises (suicídio).*
- *Atuação na clínica sobre transtornos de personalidade.*
- *Saúde mental dos profissionais de psicologia. Digo isso porque hoje em dia estão surgindo demandas diversas de maneira acelerada. Então, como dar conta de tudo isso atualmente?*

- *Clínica ampliada, extramuros. Clínica domiciliar.*
- *Supervisão de casos clínicos para profissionais que não têm como pagar.*

- *Orientações para escolha do nicho de mercado.*
- *Cuidar de si para cuidar do outro.*
- *Psicologia do envelhecimento.*
- *Área familiar.*
- *A atuação da psicologia clínica em interface com as demandas da justiça.*

- *Orientações a respeito do que é prática clínica, elucidando o que é psicologia enquanto ciência.*

- *Sexualidade.*
- *Psicoterapia e dependência do paciente ao vínculo terapêutico.*

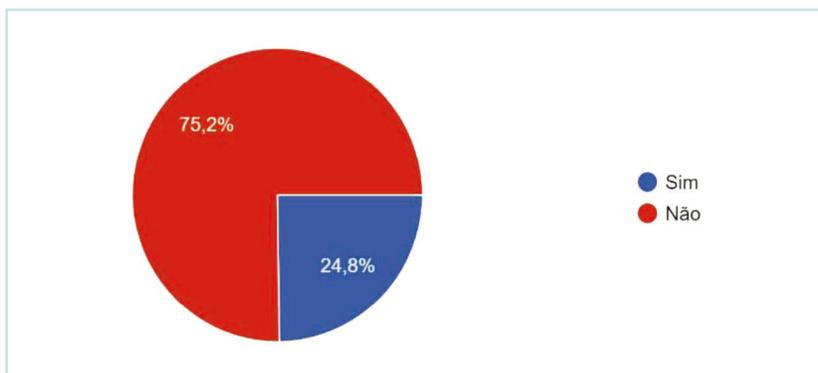
- *Mais apoio à nossa classe.*
- *Terapia alternativa, atendimento às minorias sexuais, de gênero e comunidade.*

- *Análise do modelo de medicalização excessiva na sociedade atual.*

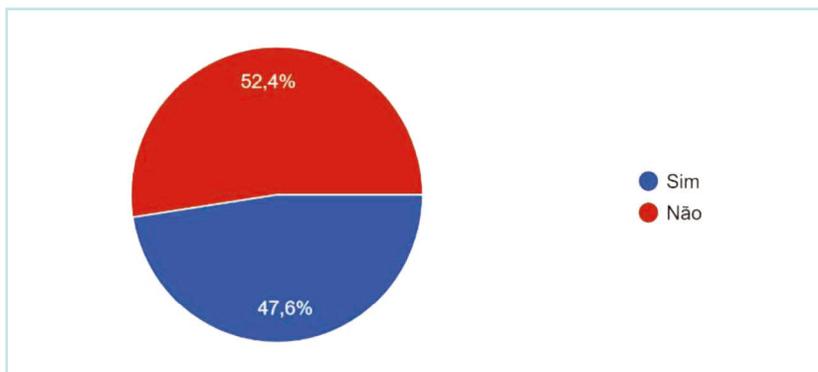
## 1.5 Exclusividade no exercício da profissão

Dos 662 participantes da pesquisa, 75,2% responderam que não exercem nenhuma atividade além da Psicologia. No tocante às especialidades escolhidas dentro da área, 52,4% disseram que não exercem outra atividade relacionada à Psicologia além da clínica. Assim, 24,8% exercem outra atividade além da Psicologia.

**Gráfico 3** - Exclusividade no exercício da profissão (662 respostas)



**Gráfico 4** - Atividade em Psicologia além da Clínica (662 respostas)

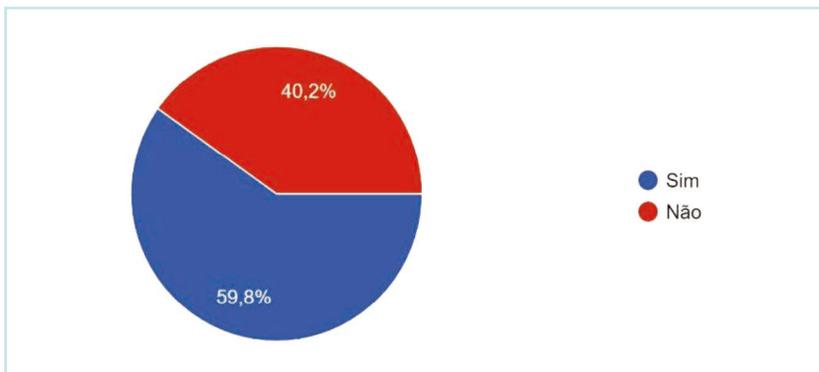


A dedicação a uma única profissão muitas vezes permite um desenvolvimento mais profundo e especializado. Quando se divide o foco entre duas áreas, pode ser mais difícil alcançar o mesmo nível de especialização e desempenho. Trabalhar em duas profissões pode ser exaustivo, especialmente se ambas forem demandantes.

### 1.6 A importância de uma formação profissional contínua:

Essa leitura causa preocupação, pois 40,2%, quase metade dos profissionais, não participam. Participar de grupos de estudo, pesquisas e leituras após a formação acadêmica é essencial para o desenvolvimento contínuo do psicólogo clínico. A experiência de conduzir da área. Essas conexões podem levar a colaborações futuras, compartilhamento de recursos e até mesmo oportunidades de emprego. Em resumo, a participação em grupos de pesquisa vai além do ambiente acadêmico, impactando positivamente a carreira profissional do psicólogo. É uma maneira valiosa de continuar aprendendo, contribuir para o avanço da ciência e se conectar com colegas da clínica.

**Gráfico 5** - Formação Continuada (662 respostas)



Quando 40,2% dos participantes de uma pesquisa indicam que não participam de grupos de estudo, pesquisa, leitura ou cursos em sua abordagem, isso pode ter diversos impactos para a profissão da Psicologia. Algumas possíveis consequências são: menos desenvolvimento, inovação, atualização profissional, acesso a recursos e referências, contribuição para o avanço da profissão, falta de networking e colaboração. A participação em grupos de estudo e pesquisa oferece oportunidades para aprofundar o conhecimento, trocar ideias e se manter atualizado. Aqueles que não participam perdem insights valiosos.

A ausência dessas interações pode limitar o compartilhamento de experiências e a construção de relacionamentos profissionais. São fontes de inovação e atualização. Aqueles que não participam podem ficar retidos a métodos e teorias ultrapassados. A falta de envolvimento em grupos pode afetar a qualidade do atendimento aos pacientes. Livros psicológicos são fontes valiosas para a pesquisa, e a participação ativa em grupos complementa essa base de conhecimento. Portanto, incentivar a participação em grupos pode fortalecer a profissão e enriquecer a prática do atendimento clínico.

## 1.7 Catálogo de abordagens utilizadas pelos psicólogos

A pesquisa demonstrou que 91% dos psicólogos clínicos trabalham com abordagens psicoterapêuticas mais conhecidas e com reconhecimento dos principais órgãos legisladores, como Conselho Federal de Psicologia, universidades, centros formadores, entre outros. E 9% atendem com métodos e técnicas, tais como: Psicologia Tomista, Logoterapia, Histórico-cultural, Transpessoal, Sócio-histórica, EMDR, Neuropsicologia, Terapia Focada nas Emoções, Psicologia Positiva, Fenomenologia Decolonial, Multidisciplinar, entre outros.

O grande número de abordagens no processo psicoterapêutico pode ser atribuído a vários fatores: diversidade de teorias e práticas clínicas, complexidade do trabalho psicoterapêutico, necessidade de avaliação da

eficiência do processo psicoterapêutico, características do processo terapêutico, papel do terapeuta.

Existem diversas abordagens psicoterapêuticas que se diferenciam basicamente por dois pilares: a forma de entender o sujeito, pautada em uma determinada teoria, e a prática clínica, que advém dessa teoria de base. O trabalho de autoconhecimento é complexo e exige esforço tanto do psicólogo quanto do paciente. O paciente é um escultor de si mesmo trabalhando para dar forma a sua obra mais importante: sua própria vida. Um dos aspectos mais estudados em intervenções psicoterápicas são os procedimentos empregados em psicoterapia que resultam em melhores benefícios ao paciente em um menor espaço de tempo. Alguns estudos mencionam características como a implicação da família, lista de espera, a modalidade terapêutica, o intervalo entre as sessões como causas de interrupção. Em um contexto terapêutico, a responsabilidade do processo passa a ser do próprio sujeito, do cliente.

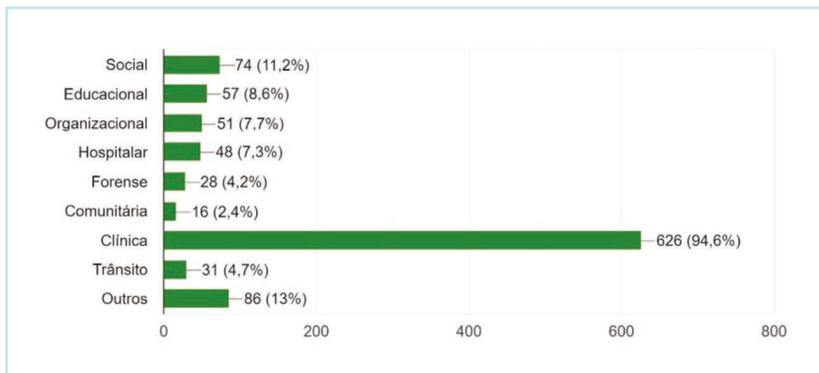
Esses fatores contribuem para a diversidade de abordagens dentro do processo psicoterapêutico, o que pode ter várias consequências, como: melhoria da eficiência do tratamento, personalização do tratamento, ampliação do conhecimento teórico e técnico em psicoterapia, desafios na avaliação da eficácia do tratamento, possibilidade de confusão para o paciente, necessidade de treinamento e qualificação dos terapeutas.

A diversidade de abordagens permite a utilização de diferentes técnicas e instrumentos que podem resultar em melhores benefícios para o paciente em um menor espaço de tempo. Ainda, que o tratamento seja personalizado para atender às necessidades específicas de cada paciente, contribuindo para a formação do conhecimento teórico e técnico em psicoterapia. A diversidade de abordagens pode tornar mais desafiador avaliar a eficácia do tratamento, pois diferentes abordagens podem usar diferentes critérios para determinar o sucesso do tratamento. Também requer que os terapeutas sejam treinados e qualificados em várias técnicas e teorias. Assim, ela pode ser confusa para o paciente, que pode não entender as diferenças entre as várias abordagens e ter dificuldade em escolher a que melhor atenda às suas necessidades.

Essas são apenas algumas das possíveis consequências da diversidade de abordagens dentro do processo psicoterapêutico. É importante lembrar que a escolha da abordagem deve ser baseada nas necessidades individuais do paciente e na experiência e formação do terapeuta.

### 1.8 Área de atuação:

**Gráfico 6 - Áreas de Atuação em Psicologia (662 respostas)**



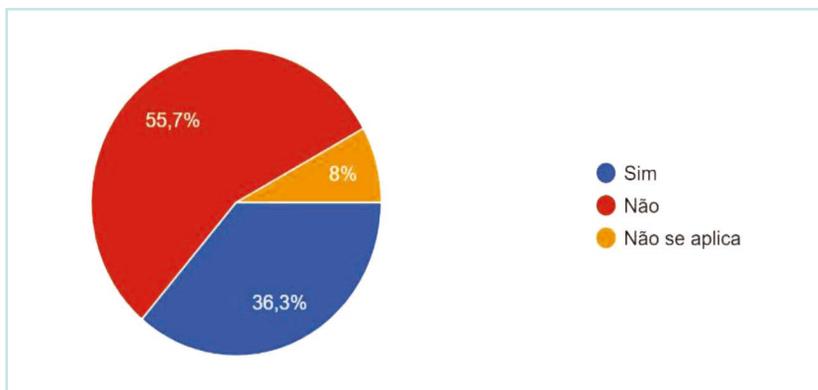
A pesquisa foi realizada entre os psicólogos clínicos, e o que se destacou é que uma parte significativa atua em mais de uma área, por exemplo: Social e Clínica, Educacional e Clínica, Hospitalar e Clínica, entre outras. Trabalhar nas áreas hospitalar e clínica simultaneamente pode oferecer várias vantagens para os psicólogos clínicos, como permitir que ele tenha uma experiência mais diversificada.

### 1.9 Fonte de renda da Psicologia Clínica

Quando 55,7% dos psicólogos clínicos que participaram desta pesquisa afirmam que os rendimentos da área são insuficientes para custear a vida, isso pode indicar uma situação preocupante. A área da psicologia

clínica envolve o atendimento direto a pacientes, seja em consultórios particulares, clínicas ou hospitalais.

**Gráfico 7** - Rendimento Profissional com a Psicologia Clínica (662 respostas)

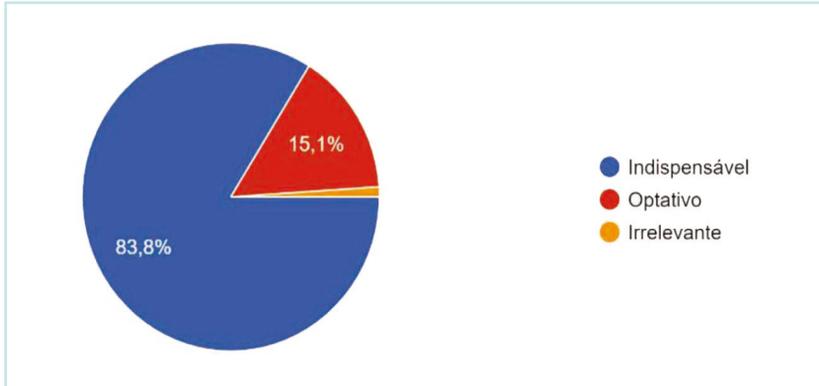


Se os próprios profissionais da área não conseguem sustentar suas vidas, isso pode impactar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde mental. Alguns psicólogos podem reduzir sua carga horária ou até mesmo abandonar a profissão, diminuindo a disponibilidade de atendimento. Essa constatação pode contribuir para a percepção de que a profissão de psicólogo não é valorizada adequadamente, prejudicando assim a atratividade da carreira para novos profissionais.

É importante que a sociedade, instituições e órgãos reguladores considerem esses dados e busquem incisivas soluções para melhorar as condições financeiras dos psicólogos clínicos. Isso inclui políticas de remuneração justa, apoio institucional e incentivos para a valorização da profissão. Podemos afirmar que o bem-estar dos profissionais de saúde mental também é fundamental para a saúde da população em geral.

## 2. Necessidade da psicoterapia para os psicólogos

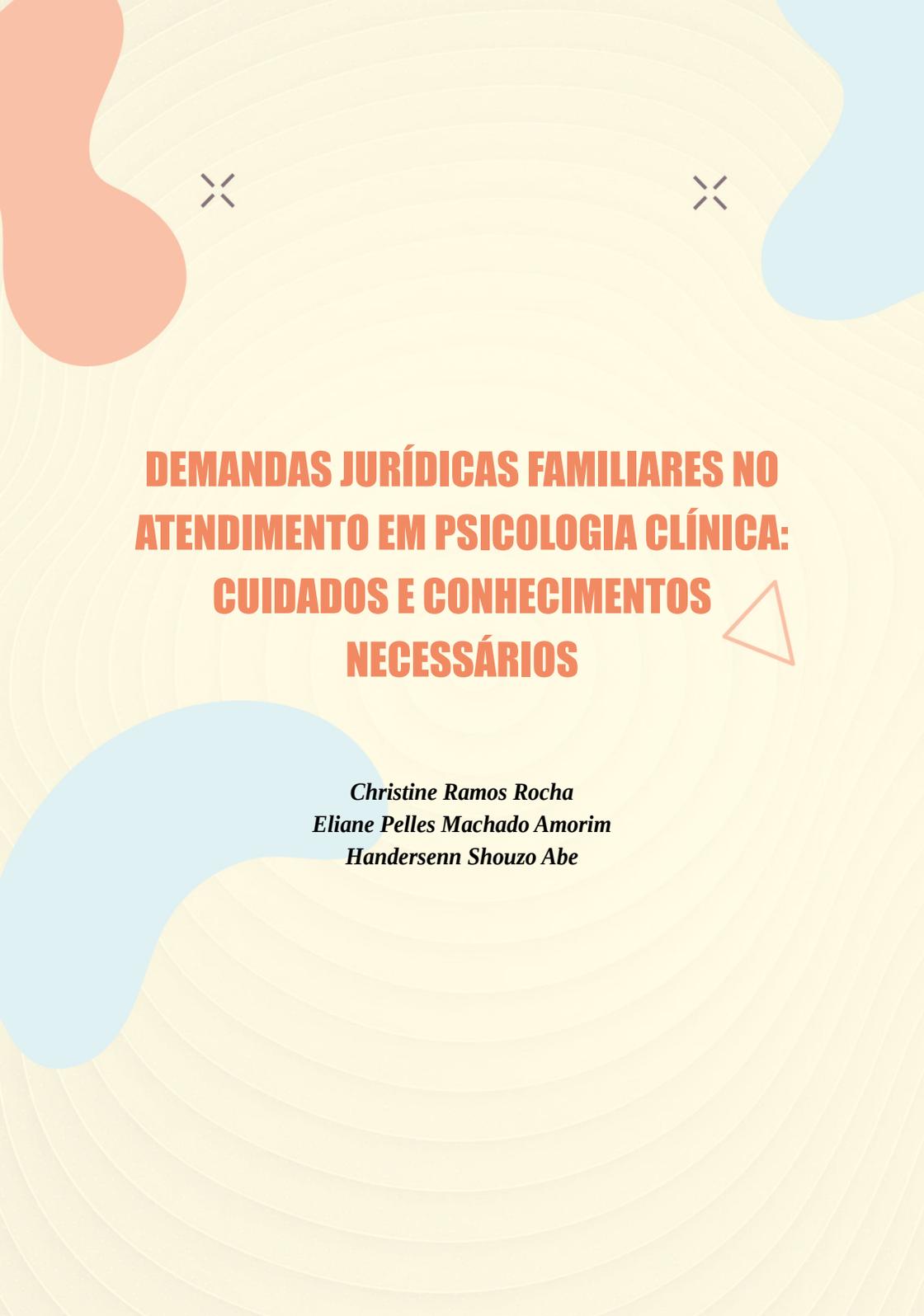
**Gráfico 8** - Relevância da psicoterapia para os psicólogos (662 respostas)



Um número altamente significativo (83,8%) dos participantes respondeu ser indispensável que os postulantes à clínica psicológica passem pelo processo psicoterápico. A psicoterapia é vista como um componente essencial para o desenvolvimento dos futuros psicólogos clínicos. Ela proporciona a oportunidade de explorar questões pessoais, compreender dinâmicas emocionais e adquirir autoconhecimento. Esse processo é fundamental para que os profissionais possam lidar de forma ética e eficaz com os desafios, ambiguidades e complexidades que surgem no cotidiano do atendimento clínico.

**Eli Antônio Cury**

Presidente da Comissão Especial de Psicologia Clínica XI Plenário - CRP 09



✕ ✕

**DEMANDAS JURÍDICAS FAMILIARES NO  
ATENDIMENTO EM PSICOLOGIA CLÍNICA:  
CUIDADOS E CONHECIMENTOS  
NECESSÁRIOS**



*Christine Ramos Rocha*  
*Eliane Pelles Machado Amorim*  
*Handersenn Shouzo Abe*

**Resumo:** O presente artigo tem como objetivo discutir, refletir e orientar sobre os cuidados e conhecimentos técnicos, éticos e teóricos para a prática do psicólogo clínico que recebe demandas jurídicas familiares em seu consultório. Trata-se de uma revisão bibliográfica, de cunho qualitativo, elaborada a partir de inquietações sobre este tema, compartilhadas entre nós, autoras e autor, que, atuantes em Psicologia Clínica, Psicologia Jurídica, Docência e no Conselho Regional de Psicologia - CRP 09, temos nos preocupado com o crescente número de casos envolvendo pessoas em litígio que solicitam por documentos técnicos ao psicólogo clínico, decorrentes de avaliações psicológicas e/ou de atendimentos em psicoterapia, para fins de utilização em processos judiciais, que servirão de base para defesas e/ou acusações. Considerando as normativas do Sistema Conselhos em conexão com as nossas práticas profissionais, verificamos que quando o psicólogo clínico adentra os processos litigiosos, sem o necessário entendimento e conhecimento técnico, ético e teórico sobre a sua atuação profissional e possíveis desdobramentos pela emissão de tais documentos, por vezes este psicólogo acaba “amplificando” o litígio, além de sofrer possíveis representações ou processos éticos nos CRPs. Concluímos, então, a importância de o psicólogo clínico conhecer bem este campo de atuação com demandas jurídicas e reconhecer os limites para atendê-las ou encaminhá-las aos devidos destinos, contribuindo com o efetivo exercício profissional. Almejamos, por meio de um diálogo inter e transdisciplinar entre os setores que transitam a Psicologia Clínica e a justiça, contribuir colaborativamente com orientações relevantes para os profissionais que atuam nesta interface. Na literatura revisada, foram encontrados poucos escritos que aprofundam acerca do tema, o que nos faz compreender a relevância deste estudo.

**Palavras-chave:** Psicologia Clínica. Justiça. Documentos Psicológicos. Processo Ético. Avaliação Psicológica, Demanda.

**Abstract:** This article aims to discuss, reflect, guide on the care and technical, ethical and theoretical knowledge for the practice of clinical psychologists who receive family legal demands in their office. This is a qualitative literature review, elaborated from concerns about this theme, shared among us, authors, who, working in Clinical Psychology, Legal Psychology, Teaching and with the Regional Council of Psychology - RCP 09, have been concerned with the growing number of cases involving people in litigation who request technical documents from the clinical psychologist, resulting from psychological evaluations and/or psychotherapy treatments, for use in legal proceedings, which will serve as a basis for defenses and/or accusations. Considering the regulations of the Council System in connection with our professional practices, we found that when the clinical psychologist enters the litigious processes, without the necessary technical, ethical and theoretical understanding and knowledge about her/his professional performance and possible consequences for the issuance of such documents, sometimes this psychologist ends up “amplifying” the litigation, in addition to suffering possible representations or ethical processes at the RCP. We conclude, then, the importance of clinical psychologist

knowing well this field of activity with legal demands and recognizing the limits to meet or forward them to appropriate destinations, contributing to the effective professional practice. We aim, through an inter and transdisciplinary dialogue between the sectors that transit Clinical Psychology and justice, to contribute collaboratively with relevant guidelines for professionals who work in this interface. In the literature reviewed, few writings were found that delve into the subject, which makes us understand the relevance of this study.

**Keywords:** Clinical Psychology. Justice. Psychological Documents. Ethical Process. Psychological Assessment, Demand.

## 1. Introdução

Desde a Constituição Federal da República de 1988 o afeto passa a ser valor jurídico e a família concebida em sua pluralidade. Numa sociedade conjugal, homem e mulher tornam-se sujeitos autônomos, com vontades e percepções nem sempre comuns, mas com os mesmos direitos e deveres perante a família e os filhos.

Entretanto, quando direitos e deveres se desencontram, abrindo espaços para situações conflituosas e verdadeiras disputas nas relações familiares, o Poder Judiciário, através das Varas de Famílias, passa a ser o depósito de inúmeras demandas, com a expectativa de que o Estado intervenha e ofereça soluções justas para tais questões, especialmente aquelas concernentes a divórcios, regulamentação de pensão, guarda e convivência de filhos.

Nesse panorama, as famílias, por meio de seus protagonistas, as chamadas “partes” nos processos judiciais, esperam o reconhecimento do seu direito em detrimento do direito do outro, muitas vezes por se sentirem menosprezadas ou desvalorizadas emocionalmente, requerendo do Poder Judiciário essa valorização (Amorim, 2022).

Sob esse enfoque, o Conselho Federal de Psicologia, os Conselhos Regionais de Psicologia e o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop), sobre o tema: referências técnicas para atuação de psicólogos em Varas de Família (2019), abordam que a natureza das questões conflitivas das relações familiares, aliada à complexidade

das relações humanas contemporâneas, acabou por exigir que o exercício do Direito pudesse ser auxiliado por outras disciplinas, como a Psicologia e o Serviço Social, para compreender as manifestações subjetivas, culturais e contextuais de um tempo que redefine as famílias, as funções parentais e suas formas de exercer a proteção, a educação e o cuidado com os filhos.

Sendo assim, faz-se importante ressaltar que o encontro da Psicologia com o Direito deve ser pautado pelo conhecimento interdisciplinar para o atendimento qualitativo das demandas judiciais, sendo esperado que o profissional esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente em sua atuação, como rege o artigo 1º, alínea b, do Código de Ética Profissional do Psicólogo - CEPP (2005).

Sousa e Souza (2021) alertam que nesse caminho da psicologia na interface com a justiça estão incluídos não apenas os psicólogos concursados ou os que trabalham como peritos e assistentes técnicos do Judiciário, mas também os psicólogos clínicos, que atendem em seus consultórios privados.

Não raro o psicólogo clínico é procurado para realizar uma avaliação psicológica particular ou mesmo elaborar um documento sobre os atendimentos em andamento para fins jurídicos, no intuito de instruir ações judiciais, como prova para defesa ou acusação.

Importante considerar que o acompanhamento psicológico com pessoas que estão em litígio lida com sujeitos cujos desejos, inconscientes ou não, muitas vezes encontram-se direcionados à vingança, à destruição do outro, “mascarados” como busca pela justiça, sem se darem conta da própria destrutividade – um verdadeiro ciclo de eternização<sup>1</sup> dos conflitos. E, ainda pior, arrastam os filhos para o centro da disputa, revelando um

---

<sup>1</sup> Rodrigo da Cunha Pereira, presidente nacional do Instituto Brasileiro de Direito de Família - IBDFAM, em sua obra *Princípios Fundamentais Norteadores do Direito de Família* (2018), afirma que nos processos litigiosos, particularmente os de divórcio, há uma eternização do litígio, que, de acordo com a Psicanálise, significa também um gozo. O litígio é uma forma de não se separar e as partes permanecem unidas pelo ódio, pelo gozo com sofrimento. Nesses casos, o ódio une muito mais que o amor, mas estar unido pelo ódio, através de um processo judicial, traz consequências nefastas e a destrutividade dos sujeitos.

cenário semelhante a um “cabo de guerra”, em que a corda simboliza os filhos, demasiadamente expostos ao conflito parental, os quais podem passar por sentimentos de ansiedade, angústia, formação de alianças, dilemas de lealdade e grande sofrimento (Tondowski; Henriksson; Wajss, 2021).

Atuar clinicamente nesse contexto beligerante significa, então, enxergar as interações familiares em sua complexidade, com atenção e cuidados específicos, explorando e estimulando as potencialidades de proteção, sem agravar os danos para a família e, especialmente, para os filhos. É preciso, desde as primeiras entrevistas, compreender, de forma ampla, o motivo pelo qual o atendimento/documento está sendo solicitado e atuar de acordo com o conhecimento teórico e técnico em psicologia, perpassado pela postura respeitosa, colaborativa e dialógica na interação com o cliente.

Cunha (2000) entende que a Entrevista Psicológica, ou Entrevista Inicial, é caracterizada pelos momentos em que o psicólogo levanta as histórias contadas pelo cliente, geralmente por meio de perguntas abertas, propiciando-lhe um contexto para falar livre e espontaneamente sobre o que quiser, devendo o psicólogo escutar atentamente e questionar/intervir sempre que necessário.

Além dos cuidados com o cliente, é extremamente valioso que o psicólogo também entenda o que o move a atuar nesta interface e quais os cuidados necessários consigo mesmo. No dizer de Colombo (2006, p. 15-16), o aspecto mais desafiador no trabalho com indivíduos/casais/famílias/grupos é o desenvolvimento da pessoa do terapeuta:

O trabalho com sua história, suas crenças, seus preconceitos, suas fragilidades, sua flexibilidade diante das diferenças, seus modelos de homem e mulher, sua relação com o poder, sua tolerância às situações de agressividade, suas condições para atravessar disputas sem rapidamente definir o certo e o errado, sua capacidade de ampliar momentos afuniladores de confronto, sua condição de, no meio dos “ruídos”, conseguir construir um foco, sua possibilidade de suportar “não agradar” [...], sem perder seu lugar de construtor de contextos reflexivos que possam mobilizar transformação das histórias vividas.

Nesse sentido, ao ser convidado/convocado a adentrar os processos litigiosos, os psicólogos clínicos precisam ter consciência quanto às implicações relacionadas ao contexto judicial, jamais atuando como julgadores, achando-se no direito e com competência para decidir o que é melhor em cada caso e fazendo afirmações, verbais e/ou por escrito, sobre os próprios clientes ou a respeito de pessoas que nem foram avaliadas ou fizeram parte dos atendimentos (Shine; Fernandes, 2020), pois, agindo dessa forma, eles contribuem para a “amplificação”<sup>2</sup> do litígio, além de ficarem expostos a possíveis denúncias aos CRPs, comumente representadas por partes judicialmente contrárias às atendidas clinicamente.

Este artigo foi elaborado a partir de inquietações sobre a atuação de psicólogos clínicos em demandas que envolvem processos judiciais, compartilhadas entre nós, autoras e autor, de forma mais específica e aprofundada desde a pandemia ocasionada em razão do coronavírus, em 2020, quando tivemos a oportunidade de participar da construção da Nota Técnica CRP 09 n° 01/2022, que dispõe sobre orientações para psicólogos que atuam em perícia psicológica, assistência técnica e psicoterapeutas que atendem pessoas em processos jurídicos.

Foram dois anos de reuniões em Grupo de Trabalho para a construção da Nota Técnica, que envolveram pesquisas, diálogos colaborativos sobre nossas práticas como profissionais atuantes em Psicologia Clínica e Psicologia Jurídica, como docentes e como membros do CRP 09, e a constatação quanto à necessidade de propor orientações/intervenções na atuação do psicólogo clínico que recebe demandas jurídicas de pessoas/famílias que se encontram em processos judiciais.

Como profissionais atuantes em Psicologia Clínica, diante de demandas jurídicas nos consultórios, buscamos primar pela ética, ampliando as histórias e acolhendo-as, construindo com os clientes caminhos viáveis e saudáveis, com foco nos preceitos do atendimento em psicoterapia, para, então, compreendermos se a solicitação por documentos poderá ser atendida e como isso acontecerá, respeitando a Resolução CFP n° 06/2019, que

---

<sup>2</sup> O termo “amplificação” foi utilizado em sentido figurado neste artigo, dando a ideia de uma **ampliação além do necessário**.

institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo no exercício profissional. Verificamos também se temos as competências necessárias para atuar em cada caso ou se será necessária uma indicação, considerando o artigo 1º, alíneas b, k, do Código de Ética Profissional do Psicólogo - CEPP (2005).

Como profissionais atuantes em Psicologia Jurídica – perícia e assistência técnica, em acesso a documentos psicológicos produzidos por psicólogos clínicos anexados nos processos judiciais nas Varas de Famílias, percebemos que, em muitos casos, os documentos são elaborados a partir de uma visão parcial, sem contemplar a participação de pessoas fundamentais para uma compreensão ampliada a respeito de questões judiciais complexas. E, ainda, documentos inapropriados, com linguagem taxativa e/ou apresentando conclusões com juízo de valor em defesa de seus clientes.

Como docentes, em supervisões de atendimentos clínicos, é comum termos profissionais que, ao receberem esse tipo de demanda, buscam orientação para compreender e exercer de forma adequada o papel do psicólogo clínico ao lidar com questões judiciais. Há profissionais, entretanto, que buscam por supervisão tardia, isto é, depois de terem realizado uma avaliação psicológica, pois consideram que, por já terem elaborado laudos solicitados em outros contextos, como para a escola, seguirão com um mesmo olhar para os documentos elaborados para serem levados à justiça em processos litigiosos. Nesses casos, a supervisão ocorre como revisão/orientação ao documento já produzido, com oportunidade de intervenções e coconstruções de conhecimentos relevantes a essa atuação.

E como conselheiras e conselheiro do CRP 09 e membros da Comissão de Orientação e Ética (COE), já nos deparamos com inúmeros processos de representação contra psicólogos clínicos que cometeram infrações éticas, em grande parte, por violações ao artigo 1º, alíneas a, b, c, f, g, e ao artigo 2º, alínea k, do CEPP; da Resolução CFP nº 06/2019, sobre a elaboração de documentos escritos; da Resolução CFP nº 13/2022, que dispõe sobre diretrizes e deveres para o exercício da psicoterapia por psicóloga e por psicólogo, artigo 12, inciso III; e da Nota Técnica CRP 01, de

16/12/2016, sobre atendimento psicoterápico de crianças que possuem pais separados e/ou em disputa de guarda judicial.

Seguindo esse percurso, o presente artigo, de cunho qualitativo, tem como objetivo apresentar discussões, reflexões e orientações ao psicólogo clínico sobre esses cuidados e conhecimentos imprescindíveis ao lidar com demandas jurídicas familiares “disfarçadas de demandas clínicas” (Souza; Souza, 2021, p. 3).

Mediante preocupações vivenciadas em nossas práticas profissionais e considerando a escassez de material publicado sobre o tema (revisão bibliográfica), compreendemos a relevância deste estudo, no sentido de contribuir para uma melhor atuação profissional, que requer um olhar e um fazer inter e transdisciplinares.

## 2. Desenvolvimento

### 2.1 Metodologia

O presente artigo aborda um estudo qualitativo de revisão bibliográfica, conectado com as vivências profissionais das autoras e do autor sobre demandas jurídicas familiares levadas ao contexto clínico. Nesta proposta, abordamos aspectos relevantes para orientar teórica, técnica e eticamente o psicólogo clínico, almejando maior visibilidade quanto aos cuidados e competências necessárias nessa prática.

De acordo com Creswell (1994), o paradigma qualitativo é chamado de construtivista, dentro de uma perspectiva pós-moderna ou pós-positivista, e considera que a realidade é subjetiva e múltipla, construída pelos indivíduos envolvidos na pesquisa, o que permite o uso de uma linguagem mais personalizada, informal e baseada nos conceitos desenvolvidos ao longo da pesquisa.

Destarte, um estudo qualitativo se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, enfatizando a vivência, a experiência, a cotidianidade e a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana (Goldenberg, 1997).

Nesse sentido, por se tratar de um estudo qualitativo, em cada aspecto apresentado a seguir, compartilhamos contribuições teóricas, discussões/reflexões sobre as nossas práticas profissionais e orientações aos psicólogos clínicos que recebem demandas jurídicas familiares em seus consultórios.

## **2.2 Psicologia Clínica e demandas jurídicas familiares que adentram os consultórios**

A psicologia clínica tem a finalidade de promover a saúde mental e propiciar condições para o enfrentamento de conflitos ou transtornos psíquicos. Utiliza-se de metodologia específica, seguindo a abordagem adotada pelo psicólogo, e se desenvolve em um relacionamento interpessoal, pautado pelo respeito às singularidades e pluralidades de indivíduos, casais, famílias e grupos atendidos e pelo acolhimento das diversas possibilidades de expressão da existência humana diante de suas demandas (Resolução CFP nº 13/2022).

A partir dos encontros terapêuticos, estabelece-se um vínculo de confiança entre profissional e clientes, que não pode interferir negativamente ou causar prejuízo aos objetivos do serviço prestado, devendo o psicólogo manter o comprometimento ético em todos os atendimentos.

De acordo com Alves (2011), a área clínica, dentre as diferentes áreas de atuação em psicologia, é a mais acessível e a mais conhecida pela sociedade, para a qual é conduzido todo tipo de demanda, vez que a população muitas vezes não possui o conhecimento específico de cada área de atuação do psicólogo.

Sendo assim, o psicólogo clínico precisa estar atento à demanda solicitada e prestar o atendimento dentro dos limites que lhe couber, recusando-se quando se tratar de posições inconciliáveis, e sugerindo serviços de outros psicólogos, quando for o caso (CEPP, artigo 1º, k, 2005).

Em se tratando de demandas jurídicas familiares, o psicólogo clínico é frequentemente procurado em duas situações específicas: por pais ou mães, que, orientados por advogados, buscam por laudos psicológicos, provenientes de avaliação realizada com o filho; e por clientes já em

atendimento psicoterapêutico que se encontram envolvidos em processos na justiça (Carvalho, 2013). Em ambos os casos, as pessoas solicitam por documentos psicológicos, a fim de apresentá-los como prova de defesa ou acusação nos autos judiciais.

Ante essas situações (que serão detalhadas mais à frente), as demandas não podem ser acolhidas como estritamente clínicas, mas compreendidas na interface com a justiça, ou seja, atender às demandas jurídicas em contexto clínico requer vasto conhecimento sobre o funcionamento do Sistema Judiciário, incluindo as funções e atuações dos profissionais operadores do Direito, como advogados, promotores de justiça e magistrados, bem como sobre leis federais que precisam ser respeitadas, como a Constituição Federal, o Código de Processo Civil, o Estatuto da Criança e Adolescente.

Ademais, é de fundamental importância que o psicólogo tenha disponibilidade para entender a complexidade das situações apresentadas no consultório, que são comumente impregnadas de divergências relatadas por “uma parte” (a pessoa atendida) em relação a “outra parte” do processo judicial durante as sessões/avaliações.

Tudo isso para que o psicólogo possa realizar um trabalho com segurança, tendo a identidade profissional bem estabelecida, e não se colocar em posição de validar uma ou outra verdade, mas compreender de forma sistêmica o contexto analisado e ser capaz de expressar essa compreensão em um documento escrito com qualidade técnica e científica, considerando os princípios éticos fundamentais que norteiam a atividade profissional do psicólogo.

Significa, portanto, que o psicólogo, para além da multidisciplinaridade, deve atuar em uma perspectiva inter e transdisciplinar, que pressupõe que as demandas precisam ser conhecidas e enxergadas em suas diversas dimensões e, a partir das interações, tornar possível “a entrada de um conhecimento em outro no sentido de atravessar as fronteiras da fragmentação de saberes para transitar por diferentes áreas que, juntas, compõem um todo maior” (Morin, 2000 citado por Amorim, 2020, p. 82).

Sob esse prisma, Shine (2021) ressalta que a multidisciplinaridade abrange o estudo de um objeto por vários ângulos, sem que a superposição

das disciplinas faça com que elas sejam modificadas ou enriquecidas, mas apenas identificadas a partir de diferentes enfoques. Por sua vez, o trabalho inter e transdisciplinar corresponde à intensidade de trocas entre especialistas e integração real das disciplinas, superando as fronteiras até então nelas existentes, sem que cada uma perca a sua especificidade.

Importante salientar que as narrativas, os comportamentos e as expressões emocionais de crianças e adolescentes inseridos em contextos que envolvem famílias em litígio (como aqueles relacionados a divórcio e disputa de guarda e convivência de filhos) têm grande valor e relevância processual, quando apresentados em um documento técnico psicológico (Gracioli; Palumbo, 2020). E é exatamente para esse fim que pais e mães vão em busca de profissionais psicólogos e a área clínica acaba recebendo essa demanda.

Logo, essa finalidade deve estar clara também para o psicólogo ao redigir um documento, pois precisa tomar os devidos cuidados de se manter ético em sua atuação e na construção da comunicação escrita. De acordo com a Resolução CFP nº 06/2019, artigo 3º, “toda e qualquer comunicação por escrito, decorrente do exercício profissional do psicólogo, **deverá** seguir as diretrizes descritas nesta Resolução”. E o artigo 5º complementa que “os documentos psicológicos **devem** ser elaborados conforme os princípios de qualidade técnica e científica presentes neste regulamento” (grifos nossos).

Lamentavelmente, nos deparamos com psicólogos que produzem documentos escritos sem o devido conhecimento e cumprimento das normativas e, por isso, enfatizamos a necessidade de buscarem **orientações nos CRPs e supervisão adequada** tão logo surjam as demandas nos consultórios, para que não se desdobrem em futuros problemas. Um documento mal elaborado, uma vez protocolizado no sistema de justiça, pode repercutir negativamente em um processo, “amplificando” o litígio, comprometendo vidas e resultando em possíveis representações éticas contra psicólogos.

Nesse caminho contrário ao que se espera, Tondowski, Henriks-son e Wajss (2021, p. 212) ensinam que “é preciso ampliar os horizontes,

aumentar a flexibilidade, de modo a utilizar o que acontece na família a favor delas”, não contra.

Ressaltamos que a defasagem nesse conhecimento, que gera descuido na atuação profissional e, conseqüentemente, caminhos não produtivos nas vidas das famílias, começa desde a formação nas faculdades brasileiras de Psicologia, tema abordado a seguir.

### **2.3 Reflexões éticas na perspectiva do fortalecimento da profissão e do cuidado com o outro: da formação em Psicologia ao exercício profissional**

Fazendo uma breve revisão histórica sobre a atuação de psicólogos brasileiros na interface com a justiça, primeiramente a Psicologia teve sua regulamentação a partir da Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. Logo após, o Decreto nº 53.464, de 1964, em seu artigo 4º, VI, conferiu ao psicólogo a realização de perícias e emissão de pareceres sobre a matéria de psicologia.

Em 1967, foi divulgado o primeiro Código de Ética do Psicólogo, que estabeleceu orientações quanto às atividades do psicólogo, mencionando as relações com a justiça, as quais foram acolhidas nos códigos seguintes.

Em se tratando da formação acadêmica, na graduação, nem todos os cursos de Psicologia oferecem a disciplina de Psicologia Jurídica e, quando o fazem, normalmente é uma matéria opcional e com uma carga horária reduzida (Altoé, 2001). E, com relação ao tema proposto neste artigo, dependerá da ementa da disciplina e do interesse/conhecimento do professor para incluí-lo em seu Plano de Ensino.

De forma semelhante parece acontecer nos estágios em Psicologia Clínica nos cursos de graduação em Psicologia: os alunos terão acesso ao conhecimento sobre demandas jurídicas em atendimentos clínicos, dependendo da iniciativa do supervisor em abordá-lo ou caso essa demanda apareça em algum atendimento durante o período de estágio.

Diante do exposto, entendemos a urgência de refletimos acerca do **necessário diálogo entre a psicologia clínica e a psicologia jurídica, e**

**entre estas disciplinas e o Sistema de Justiça** que, por estarem pouco incluídas nas grades curriculares dos cursos de Psicologia do Brasil e no interesse/conhecimento dos docentes e supervisores de estágio das referidas áreas, deveriam ser assuntos **propostos e solicitados pelos coordenadores dos cursos aos CRPs, como fonte de informação necessária aos discentes**, no sentido de terem acesso, desde a formação, à atuação do psicólogo na interface com a justiça, que tem sido foco de inúmeras representações éticas, seja pela forma inadequada na postura profissional durante os atendimentos, seja pela produção mal elaborada de documentos, muitas vezes apresentados com parcial ou total desconhecimento das resoluções do CFP e de algumas notas técnicas que tratam desse assunto, dentre elas<sup>3</sup>:

- Resolução CFP nº 10/2005, sobre o Código de Ética Profissional do Psicólogo;
- Resolução CFP nº 01/2009, que dispõe sobre a obrigatoriedade do Registro Documental decorrente da prestação de serviços psicológicos;
- Resolução CFP nº 08/2010, que dispõe sobre a atuação do psicólogo como perito e assistente técnico no Poder Judiciário e expressa enfaticamente sobre o papel do psicólogo que atua como psicoterapeuta de partes envolvidas em processos judiciais;
- Resolução CFP nº 17/2012, que dispõe sobre a atuação do psicólogo como Perito nos diversos contextos;
- Resolução CFP nº 06/2019, que institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo no exercício profissional;
- Resolução CFP nº 11/2019, que institui o Código de Processamento Disciplinar;
- Resolução CFP nº 09/2024, que regulamenta o exercício da Psicologia mediado por Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação (TDICs) em território nacional;

---

<sup>3</sup> Embora constem nos sites do CFP e CRPs, o objetivo de disponibilizar as normativas neste artigo é enfatizar quais resoluções e notas técnicas são fundamentais aos atendimentos do psicólogo clínico que recebe demandas judiciais, visto que, em nossas práticas, o desconhecimento e/ou descumprimento delas têm acontecido de forma recorrente.

- Resolução CFP nº 13/2022, que estabelece diretrizes e deveres para o exercício da psicoterapia por psicóloga e psicólogo;
- Resolução CFP nº 31/2022, que estabelece diretrizes para realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo e regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - Satepsi;
- Nota Técnica CRP 01 nº 16/12/2016, sobre atendimento psicoterápico de crianças que possuem pais separados e/ou em disputa de guarda judicial;
- Nota Técnica CRP 09 nº 01/2022, sobre Perícia Psicológica, Assistência Técnica e Psicoterapeutas que atendem pessoas em processos jurídicos.

Vale salientar que esses conhecimentos se fazem indispensáveis desde a graduação, visto que, do ambiente acadêmico de uma formação generalista, os alunos partem para a atuação profissional, identificados como capazes de entender a subjetividade humana. E isso não se edifica da noite para o dia, pois é necessário assumir uma postura crítica e humanizada para estar neste “lugar”, além de “internalizar” os deveres expressos no CEPP, sem, contudo, restringi-los apenas a um conjunto de recomendações, mas em princípios que propõem reflexões acerca das responsabilidades individuais e coletivas por ações e suas consequências no exercício profissional.

Para a proposta de discutir, refletir e orientar sobre a psicologia clínica e as demandas jurídicas que chegam aos consultórios, destacamos os princípios fundamentais II, III e IV do CEPP, os quais discorrem, respectivamente, sobre o trabalho do psicólogo visando à promoção de saúde e à qualidade de vida das pessoas e das coletividades; a atuação com responsabilidade social e análise crítica ante as realidades apresentadas; a prática de contínuo aprimoramento profissional (e pessoal).

Sendo assim, nos atendimentos clínicos com demandas jurídicas familiares, é preciso entender a demanda para além daquilo que é verbalizado, identificar as possibilidades de atuação como conhecedores da ciência psicológica, compreender que no processo de interação e construção

com o cliente o terapeuta também pode entrar em contato com as suas próprias questões e a importância de não “confundi-las” com as questões do cliente e, por fim, pensar que nossa responsabilidade não se limita exclusivamente a esta pessoa atendida, mas se relaciona a todo o contexto no qual ela e nós, psicólogos, estamos inseridos.

Para Anderson (2017), o terapeuta que trabalha com uma postura colaborativa mantém a ênfase em conhecer *com* o outro (*witNESS*) as suas histórias, propiciando um ambiente facilitador para encontrarem juntos alternativas úteis para novas construções. Nesse sentido, o cliente é o especialista em contar os seus repertórios e o terapeuta em criar contextos de conversação, atentando-se às intersecções havidas entre as histórias do cliente e as suas; os pensamentos e sentimentos que estas histórias despertam na pessoa do terapeuta; e o cuidado consigo.

Cukier (2002), ao abordar as profissões de ajuda ao outro, revela a necessidade de cuidado para com os profissionais que trabalham com a dor, o conflito, o estresse alheio, e aponta sugestões para minimizar esse sofrimento, tais como a **própria psicoterapia** e a participação em grupos de **supervisão ou altervisão**<sup>4</sup>, nos quais possam se expor sem temer retaliações e críticas pessoais, implicando um trabalho de aprendizado e (re)construção do papel do profissional. Compartilhar é um recurso facilitador da elaboração de sentimentos e, simultaneamente, uma acolhida e uma troca de experiências.

## 2.4 Documentos escritos decorrentes de atendimentos e avaliações psicológicas realizados na clínica e suas repercussões

Como citado anteriormente, as demandas jurídicas familiares que usualmente adentram os consultórios clínicos, solicitando por documentos escritos para fins de “prova” de defesa ou acusação nos autos judiciais, são:

---

<sup>4</sup> O termo altervisão (uma outra visão, um outro olhar) é uma extensão da supervisão, caracterizada como forma de aprender entre pares, quando, diante de profissionais, entende-se que cada um pode expressar o seu conhecimento e o seu desenvolvimento pessoal (self) sobre um determinado tema e todos podem obter trocas de aprendizado num ambiente colaborativo. A altervisão visa à participação de si e do outro numa experiência de coconstrução (Amorim, 2022).

a) pais ou mães que buscam por laudos, provenientes de avaliação psicológica a ser realizada com o filho:

Consoante à Resolução CFP nº 31/2022:

§ 1º, a avaliação psicológica é um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, composto de métodos, técnicas e instrumentos, com o objetivo de prover informações à tomada de decisão, no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas.

Portanto, ao realizar uma avaliação psicológica, o profissional precisa compreender genuinamente a sua finalidade em cada área em que for solicitada.

Na Psicologia Jurídica, em acompanhamento de processos das Varas de Famílias, a demanda por avaliações psicológicas acontece quando o juízo necessita de assessoramento em matéria que o Direito por si só não pode aprofundar, por exemplo:

- visando definir o melhor regime de convivência entre pai/mãe e filho, de modo que seja preservado o melhor interesse da criança, e com o objetivo de aferir a existência ou não de alienação parental por parte da mãe/do pai;
- para verificar os vínculos afetivos em razão de ação de reconhecimento voluntário de paternidade socioafetiva com vínculo de multiparentalidade;
- para melhor compreensão quanto à convivência de filhos com genitoras(es), para eventual necessidade de modificação da modalidade de guarda e do regime de convivência.

Cabe lembrar que o psicólogo, neste caso atuando como perito, ao elaborar o laudo, pode sugerir e/ou indicar/orientar possibilidades de solução da questão apresentada pelo litígio judicial, mas jamais invadir as decisões judiciais (Lago *et al.*, 2013), assim como determina a Resolução CFP nº 08/2010, Capítulo II: Produção e análise de documentos:

Art. 7º - Em seu relatório<sup>5</sup>, o psicólogo perito apresentará indicativos pertinentes à sua investigação que possam diretamente subsidiar o Juiz na solicitação realizada, reconhecendo os limites legais de sua atuação profissional, sem adentrar nas decisões, que são exclusivas às atribuições dos magistrados (grifos nossos).

Nesse sentido, a finalidade da avaliação psicológica na atuação do psicólogo jurídico é de investigação para intervenção do Estado sobre as famílias, considerando o melhor interesse e a proteção integral de crianças e adolescentes envolvidos.

Na Psicologia Clínica, por outro lado, as avaliações psicológicas são solicitadas por profissionais de diferentes áreas (educação, saúde, empresa, concurso público), ou acontecem quando o psicólogo que já realiza a psicoterapia com o cliente entende a necessidade de aprofundar questões que serão trabalhadas durante o próprio acompanhamento, ou serão indicadas a outros profissionais. Isto é, são feitas investigações para fins de conhecimento e tratamento dos clientes.

Isso posto, em se tratando de avaliações psicológicas com demandas judiciais solicitadas em consultórios clínicos, o que temos visto em nossas práticas são pais ou mães buscando produção de “provas” unilateralmente em seu favor, através da elaboração de laudos decorrentes de avaliações psicológicas com seu filho, para apresentação nos autos.

Sobre atendimento clínico de crianças e adolescentes, gostaríamos de ressaltar a relevância do artigo 12, III, da Resolução CFP nº 13/2022, que propõe a participação dos responsáveis no processo psicoterapêutico de criança ou adolescente, bem como a Nota Técnica CRP 01 nº 16/12/2016, que discorre sobre o atendimento de crianças que possuem pais separados e/ou em disputa de guarda judicial, orientando:

Como é de conhecimento do Conselho Federal de Psicologia que são vários os conflitos existentes em atendimentos de crianças que

---

<sup>5</sup> A referida Resolução entrou em vigência em 2010, quando relatório e laudo psicológico eram utilizados como sinônimos, conforme a Resolução CFP nº 07/2003, posteriormente revogada pela Resolução CFP nº 06/2019, que passou a diferenciar os dois documentos. Como a Resolução CFP nº 08/2010 ainda não foi reformulada, a citação do artigo 7º permaneceu integralmente neste artigo.

possuem pais separados e/ou que estão em disputa de guarda, a orientação aos psicólogos é que ambos os pais sejam informados e concordem com o trabalho psicoterápico, sendo incluídos no processo e sendo chamados sempre que necessário (grifos nossos).

Infelizmente ainda há psicólogos que desconhecem essas orientações e prestam-se a atender aos pedidos de um dos genitores, sem ciência e consentimento da outra parte. Dessa forma, além de atuarem de forma parcial e, com isso, tumultuarem os processos judiciais, interferem significativamente no trabalho do psicólogo jurídico, quando este é nomeado para atuar no mesmo caso.

Tudo isso se torna ainda mais grave quando o psicólogo clínico, que conhece a demanda e possui vínculo com algum membro familiar, realiza avaliações e emite documentos, descumprindo o artigo 2º, k, CEPP (2005), que impede o psicólogo de “ser perito, avaliador ou parecerista em situações nas quais seus vínculos pessoais ou profissionais, atuais ou anteriores, possam afetar a qualidade do trabalho a ser realizado ou a fidelidade aos resultados da avaliação”.

Ante esse panorama, Silva (2021) acrescenta que se o psicólogo já tiver iniciado a psicoterapia com uma criança e for contratado por um dos genitores a ser seu assistente técnico em processo judicial, é aconselhável que recuse o cargo, em função do vínculo terapêutico estabelecido, que comprometerá o sigilo das informações. Afinal, trata-se de uma mesma família e, nesse caso, o psicólogo exerceria duas funções que comprometem a sua ética.

Sobre esse tema, a Resolução CFP nº 08/2010, artigo 10, esclarece:

Art. 10 - Com intuito de preservar o direito à intimidade e equidade de condições, é vedado ao psicólogo que esteja atuando como psicoterapeuta das partes envolvidas em um litígio:

I - Atuar como perito ou assistente técnico de pessoas atendidas por ele e/ou de terceiros envolvidos na mesma situação litigiosa;

II - Produzir documentos advindos do processo psicoterápico com a finalidade de fornecer informações à instância judicial acerca das pessoas atendidas, sem o consentimento formal destas últimas, à exceção de Declarações.

Parágrafo único - Quando a pessoa atendida for criança, adolescente ou interdito, o consentimento formal referido no caput deve ser dado por pelo menos um dos responsáveis legais.

Nossas vivências nos direcionam a situações em que o psicólogo clínico parece não compreender (ou não respeitar) a abrangência do inciso I, quando a resolução define a proibição de dois tipos de atuação do psicoterapeuta: a de perito e a de assistente técnico. Perito é aquele profissional, nomeado pelo juiz, que produz o Laudo Psicológico, e assistente técnico é o psicólogo, contratado pela parte, que elabora o Parecer Psicológico, documento que apresentará uma análise técnica do laudo feito pelo perito.

Nesse sentido, é preciso entender que estamos diante de três funções distintas no exercício profissional do psicólogo que, em nosso sentir, deveriam trabalhar em colaboração, não em confronto ou na contramão.

Como mencionado, o perito assiste a demanda do juiz, enquanto o assistente técnico assiste a parte que o contratou, e o psicoterapeuta atua no tratamento psicológico do cliente. Essas três funções não podem se confundir para que funcionem de modo eficaz e ético, lembrando ainda que em processo psicoterapêutico há necessidade de sigilo, que é diferente daquele considerado em contexto jurídico, pois nem tudo que se trata dentro de um consultório será tratado no processo judicial.

Entendemos, enfim, que **quando o psicólogo clínico é solicitado a produzir laudos com finalidade de “prova” em processos judiciais, ele precisa se posicionar, explicitando a sua atividade, que difere da atuação em Psicologia Jurídica, pois, dessa forma, percorrerá o caminho da responsabilidade ética, tendo respeito e consideração para com o seu trabalho e de outros profissionais**, como disposto no artigo 1º, j, CEPP (2005).

b) por clientes que já foram atendidos ou estão em atendimento psicoterapêutico e requerem documento psicológico sobre a sua condição psicológica anterior ou atual para levarem aos autos:

Nessas situações, o documento solicitado refere-se a uma apresentação do estado de saúde mental/emocional da pessoa atendida e sua evolução durante o acompanhamento psicológico, cabendo ao psicólogo descrever o seu raciocínio técnico-científico, em conformidade com o registro

documental (Resolução CFP nº 01/2009) e com respeito ao sigilo profissional, relatando apenas o que for necessário para responder à demanda.

Trata-se, portanto, de um Relatório Psicológico que, de acordo com a Resolução CFP nº 06/2019, artigo 11:

Consiste em um documento que, por meio de uma exposição escrita, descritiva e circunstanciada, considera os condicionantes históricos e sociais da pessoa, grupo ou instituição atendida, podendo também ter caráter informativo. Visa a comunicar a atuação profissional do psicólogo em diferentes processos de trabalho já desenvolvidos ou em desenvolvimento, podendo gerar orientações, recomendações, encaminhamentos e intervenções pertinentes à situação descrita no documento, não tendo como finalidade produzir diagnóstico psicológico.

Nesse documento é importante mencionar o número de encontros e o tempo de duração do processo realizado, bem como citar as pessoas que forneceram as informações, sendo vedado ao psicólogo fazer constar qualquer afirmação de qualquer ordem sem identificação da fonte de informação ou sem a devida sustentação em fatos e/ou teorias (Resolução CFP nº 06/2019, artigo 11, § 5º, III).

Em nossas práticas, por vezes nos deparamos com documentos psicológicos que violam amplamente a referida resolução, dando a impressão de verdadeiro desconhecimento ou descumprimento dos psicólogos ao redigi-los. Por exemplo, documentos intitulados “laudos” ou “declarações”, mas com estrutura de “relatórios”; documentos apresentados em textos corridos, sem o devido cuidado ético com a linguagem utilizada, bem como com a estrutura detalhadamente lecionada na resolução; documentos com excessos de descrições literais, comprometendo o sigilo profissional; documentos que apresentam a postura profissional semelhante a de um “advogado defensor” de seu cliente, afirmando (e até diagnosticando) comportamentos sobre a outra parte envolvida no litígio, até mesmo usando termos e expressões agressivas, acusatórias e ofensivas, sem jamais ter estado com ela.

Do ponto de vista do processo judicial, os documentos emitidos pelo psicólogo clínico (abordados nos itens ‘a’ e ‘b’) podem apenas não ser aceitos como “prova”, mas do ponto de vista emocional e relacional provocam desgastes ainda maiores nas partes contrárias dos litígios. Percebe-se que as representações éticas ocorrem originalmente dessas pessoas que se sentiram atacadas, ofendidas ou desrespeitadas por uma atuação profissional inadequada, cujas denúncias serão devidamente apuradas pela Comissão de Ética, em conformidade com a Resolução CFP nº 11/2019, que institui o Código de Processamento Disciplinar - CPD.

Todos esses cenários nos levam a sérias preocupações, tanto pelas faltas cometidas pelo psicólogo quanto pela sua repercussão nas vidas de pessoas que, certamente, vivenciam histórias de degradação financeira, emocional, psicológica, social e processual.

A produção de documentos psicológicos está relacionada, portanto, a “vidas”: refere-se a um pai, a uma mãe, aos filhos, aos avós e outros membros familiares, que colocam esperança, expectativas e anseios nos atendimentos, depositando sua confiança de que o profissional irá ajudá-los em um momento de sofrimento e angústia.

No entanto, existe outra parte da família que também está em sofrimento, que tem suas verdades, suas dores, seus medos e que, a depender do conteúdo e da forma como um documento for escrito e anexado ao processo judicial, poderá pesar em favor de um lado e contrário ao outro, cuja gravidade dos relatos e seus desdobramentos só serão acessados pelo psicólogo clínico se houver representação ética no CRP.

A atuação clínica, nesses casos, não pode se limitar à emissão de documentos, sem buscar compreender, explicar e apresentar as realidades multidimensionais das relações familiares, ultrapassando visões reducionistas. A complexidade das situações demanda análise criteriosa, cuidadosa e sensível. É imprescindível considerar a multidimensionalidade do humano, sua contextualização histórica, cultural e social, reconhecendo que esse caminho não se trilha a partir de interpretações simplistas (Alves; Francisco, 2009).

Sendo assim, **o constante aprimoramento técnico e ético, aliado a reflexões sobre a identidade profissional e pessoal do psicólogo clínico,**

**é um fator crucial para uma atuação sensível e consciente diante das demandas que transitam no âmbito jurídico.**

### **3. Considerações finais**

Enquanto psicólogos clínicos, atuamos com o desejo de ajudar e fomos ensinados a acolher o sofrimento das pessoas que levam suas demandas aos consultórios. Ansiamos por construir locais de amparo e suporte, promovendo saúde mental aos nossos clientes e, para tanto, **precisamos ter o compromisso e a responsabilidade ética de prestar serviços eficazes, em que haja a garantia de que sabemos o que estamos ofertando.**

Como abordado neste artigo, ao chegar ao consultório uma demanda jurídica, é urgente que o psicólogo clínico se atente aos conhecimentos relevantes e respeite (e cumpra) as normativas necessárias para uma atuação inter e transdisciplinar na interface da psicologia com a justiça; tenha ética e honestidade consigo, com o cliente e com a coletividade; busque orientação adequada quando houver dúvidas e faça os devidos encaminhamentos, se for o caso; mantenha em dia a sua psicoterapia e, por fim, tenha sensibilidade para entender e considerar a complexidade que reside nas solicitações de documentos escritos.

À vista disso, atuar nesta área requer, sobretudo, humanização, que é vivenciada ao longo de anos de estudos, de supervisões/altervisões e da própria psicoterapia do profissional, visto que o lugar de cuidador que o terapeuta ocupa “o leva a precisar cuidar profundamente de si. Necessita conhecer a sua vulnerabilidade para que possa se tornar atento afetivamente. É a afetividade que inaugura o humano” (Damo, 2023, p. 113).

Longe de esgotar o tema proposto, buscamos aqui discutir, refletir e orientar quanto às demandas jurídicas familiares que aparecem nos atendimentos clínicos e esperamos ter oferecido contribuições aos psicólogos que fazem essa travessia, no sentido não de apenas melhor se (in)formarem profissionalmente, mas, especialmente, de poderem também se reformar e se transformar enquanto seres humanos.

## Referências

ALTOÉ, S. Atualidade da psicologia jurídica. **Psibrasil Revista de Pesquisadores da Psicologia no Brasil**, v. 2, 2001.

ALVES, E. dos S.; FRANCISCO, A. L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, 2009.

ALVES, R. F. (org.). **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 345 p. ISBN 978-85-7879-192-6. Available from SciELO Books.

AMORIM, E. P. M. **O processo de mediação com famílias em conflito judicial: negociando desacordos e construindo possibilidades**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020.

AMORIM, E. P. M. **A Atuação Sistêmica do Psicólogo junto às Varas de Famílias**. São Paulo: Editora Dialética, 2022.

ANDERSON, H. A postura filosófica: o coração e a alma da prática colaborativa. In: GRANDESSO, M.A. (org.). **Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações: um diálogo entre teoria e práticas**. Curitiba: CRV, 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

CARVALHO, M. W. V. de. Interfaces entre Psicologia e Direito: desafios da atuação na defensoria pública. **Psicologia: Ciência e Profissão**, n. 33 (spe), p. 90-99, 2013.

COLOMBO, S. F. (org.). **Gritos e Sussurros: intersecções e ressonâncias trabalhando com casais**. São Paulo: Vetor, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 10/2005: Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 01/2009**. Brasília: CFP, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 08/2010**. Brasília: CFP, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 17/2012**. Brasília: CFP, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 06/2019**. Brasília: CFP, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 11/2019**. Brasília: CFP, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 13/2022**. Brasília: CFP, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 31/2022**. Brasília: CFP, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA E CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS. Brasília: CFP, 2ª edição, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA CRP 01. **Nota Técnica nº 16/12/2016**. Brasília: CRP 01, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA CRP 09. **Nota Técnica nº 01/2022**. Goiânia: CRP 09, 2022.

CRESWELL, J. W. **Research Design** – Qualitative & Quantitative Approaches. London: Sage Publications, 1994.

CUKIER, R. Fadiga do Psicoterapeuta: Estresse Pós-Traumático Secundário. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 10, n. 1, p. 55-65, 2002.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico - V**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DAMO, D. D. O trabalho do self na formação do terapeuta e ao longo da carreira. In: DAMO, D. D.; VINAGRE, L. (org.). **O self do terapeuta: a cartografia dos tesouros escondidos no terapeuta**. Belo Horizonte: Artesã, 2023.

GOLDENBERG, M. **A Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. São Paulo: Record, 1997.

GRACIOLI, S. M. A.; PALUMBO, L. P. **A Importância da Psicologia Jurídica e a Aplicação de Laudo Psicológico como motivação de Decisões judiciais no Direito de Família Brasileiro** 6(11), 88590-88615, 2020. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-327>.

LAGO, V. de M.; AMATO, P.; TEIXEIRA, P. A.; ROVINSKI, S. L. R.; BANDEIRA, D. R. Um breve histórico da psicologia jurídica no Brasil. **Estudos de Psicologia**, Campinas, n. 24, v. 26, p. 483-49, 2009.

MENDES, J. A. A; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. *et al.* Publicações Psicojurídicas sobre Alienação Parental: uma revisão integrativa de literatura em português. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 1, p. 161-174, 2016.

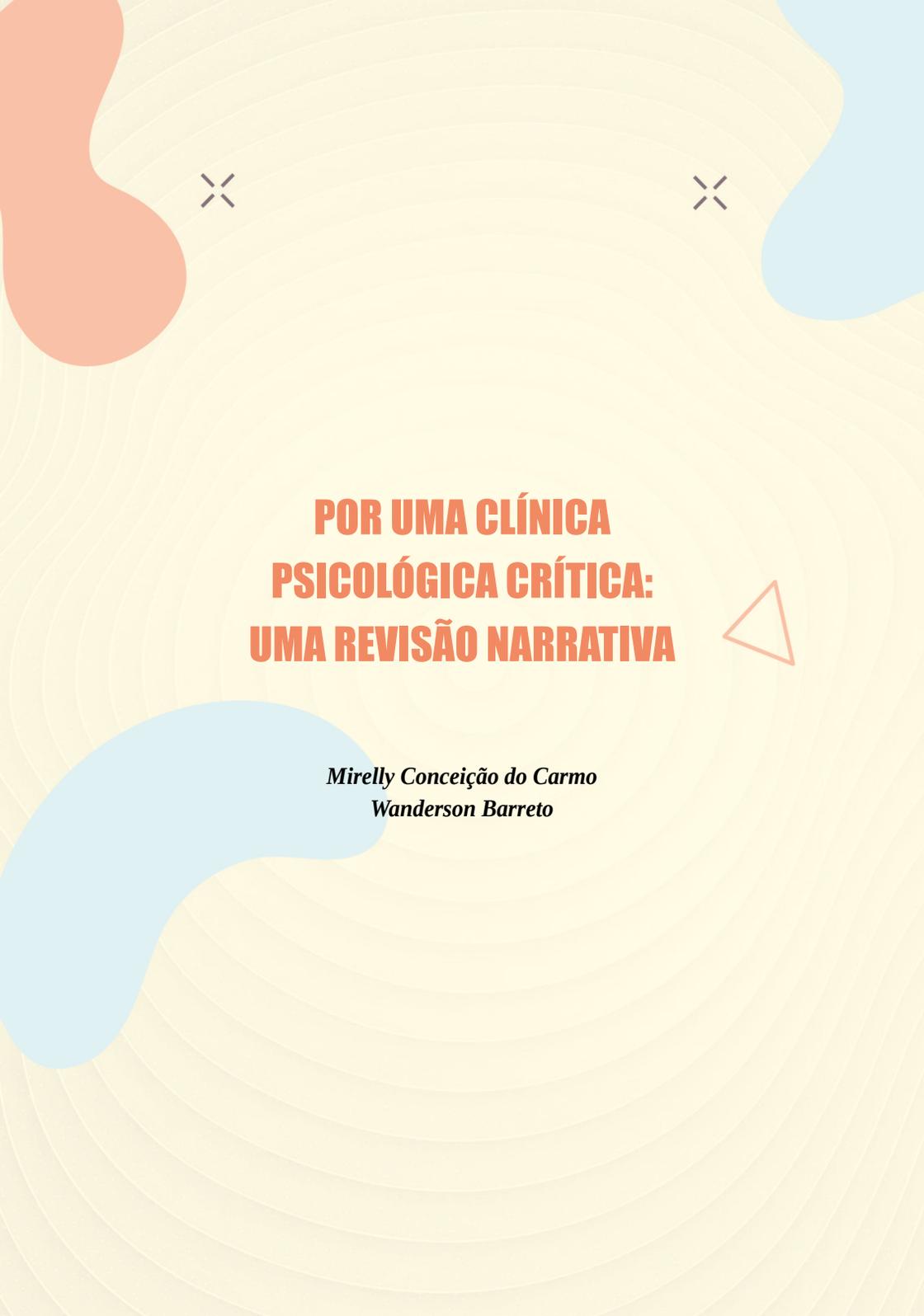
MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2000.

PEREIRA, R. da C. **Princípios Fundamentais Norteadores do Direito de Família**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

SHINE, S.; FERNANDES, M. Avaliação em situações de regulamentação de guarda e direito de convivência. In: HUTZ, C. S. *et al.* (org.). **Avaliação psicológica pericial no contexto forense**. Porto Alegre: Artmed, 2020.

SOUSA, A. M. de; SOUZA, F. H. O. Psicólogos clínicos e as demandas de mães e pais em litígio. **Nova Perspectiva Sistêmica**, São Paulo, v. 30, n. 69, 2021.

TONDOWSKI, C. S.; HENRIKSSONV. Y.; WAJSS, C. Cabo de Guerra – Possíveis desdobramentos dos conflitos de lealdade para o adolescente exposto a divórcio litigioso. In: MACEDO, R. M. S. de; MACEDO, T. E. C. R. de (org.). **Con-vivendo com a adolescência nos dias atuais**. Curitiba: CRV, 2021.

The background features a series of concentric, light-colored circles centered on the page. Overlaid on these are several abstract, organic shapes in shades of orange and light blue. Two small 'x' marks are positioned in the upper left and upper right areas, and a thin orange triangle is located to the right of the main title.

**POR UMA CLÍNICA  
PSICOLÓGICA CRÍTICA:  
UMA REVISÃO NARRATIVA**

*Mirelly Conceição do Carmo  
Wanderson Barreto*

**Resumo:** O presente artigo tem como objetivo apresentar a relação entre Psicologia Clínica e Psicologia Crítica, adotando, para tanto, as discussões acerca da práxis clínica-crítica. Inicia-se contextualizando esses campos do saber para, em seguida, propor sua relação, defendendo sua transversalidade e possibilidade enquanto necessidade para compreensão do humano e da transformação da realidade. Para tanto, o exame e a discussão das ideias foram realizados por meio de uma revisão narrativa, de caráter não sistemático. Com isso, promoveu-se um diálogo aberto entre autores e entre concepções psicológicas para, então, concluir sobre a defesa da conciliação entre Psicologia Clínica e Psicologia Crítica. Considera-se que práticas clínicas orientadas pela criticidade podem contribuir para um conhecimento científico que de fato assuma seu compromisso social com a classe trabalhadora e compreenda o sofrimento psíquico humano enquanto fruto das relações sociais advindas da ordem social capitalista. Também perpassa pelo reexame da formação em Psicologia, abordando o ensino acadêmico crítico e acrítico dos futuros profissionais de Psicologia.

**Palavras-chave:** Psicologia Clínica. Psicologia Crítica. Práxis Clínica-Crítica. Formação Acadêmica. Transformação Social.

**Abstract:** This article aims to present the relationship between Clinical Psychology and Critical Psychology, adopting, for this purpose, discussions about clinical-critical praxis. It begins by contextualizing these fields of knowledge and then proposing their relationship, defending their transversality and possibility as a necessity for understanding the human and the transformation of reality. To this end, the examination and discussion of ideas were carried out through a narrative review, of a non-systematic nature. With this, an open dialogue was promoted between authors and between psychological conceptions to then conclude on the defense of conciliation between Clinical Psychology and Critical Psychology. It is considered that clinical practices guided by criticality can contribute to scientific knowledge that actually assumes its social commitment to the working class and understands human psychological suffering as a result of social relations arising from the capitalist social order. It also involves a re-examination of training in Psychology, addressing the critical and uncritical academic teaching of future Psychology professionals.

**Keywords:** Clinical Psychology. Critical Psychology. Clinical-Critical Praxis. Academic Education. Social Transformation.

## 1. Introdução

A Psicologia, enquanto conjunto de saberes e práticas acerca dos mais diversos objetos relacionados à vida humana, tem se consolidado

como ciência desde as primeiras pesquisas experimentais do final do século XIX na Europa. No Brasil, a Psicologia, na condição de ciência e profissão, é nova, visto que sua regulamentação se deu em 1962, apesar de os conhecimentos psicológicos já estarem presentes no país desde o período colonial.

Atualmente é possível admitir que a Psicologia faz parte das ciências humanas com aplicação nas áreas da saúde, mas que possui muitos outros aspectos que subsidiam a atuação na área da educação, do trabalho, dos hospitais, das comunidades, do meio ambiente, na justiça, entre outros (Abdalla; Batista; Batista, 2008; de Brito, 2009; Ferreira, 2013; Massimi, 2013).

Ao longo de quase um século e meio, a Psicologia sofreu mudanças nas suas principais teorias e campos de atuação. Mas nem toda mudança pressupõe, necessariamente, evolução. Mesmo que atualmente tenhamos uma Psicologia organizada em princípios éticos e com compromisso de atender às questões psicológicas, bem como garantir direitos às pessoas e contribuir para a transformação social, ainda é possível observar “ondas” cujos discursos se mostram comprometidos com o bem-estar das pessoas, mas atendem aos interesses institucionais e mercadológicos que, por diversas vezes, se mostram em cumplicidade com ideologias de manutenção do *status quo* conservador, capitalista e acrítico da sociedade (Danziger, 1997; Teo, 2009; Gesser, 2013).

Justamente por não serem apartadas da realidade histórica, social e política, as práticas psicológicas, independentemente de suas concepções teóricas, atendem às demandas sociais e podem refletir as práticas hegemônicas da sociedade na qual as pessoas que buscam pelos serviços da Psicologia estão inseridas.

Nesse contexto, a Psicologia Clínica tem se destacado como um recurso prestigiado para conquistar a tão desejável saúde mental e qualidade de vida. No exercício profissional da Psicologia Clínica, espera-se que o psicólogo seja orientado por certos propósitos éticos desenvolvidos ao longo de sua formação e que estejam alinhados com os valores éticos da sociedade em que atua, podendo, também, refletir constantemente sobre tais valores (Hobsbawm, 2005; Lionço, 2017).

Cabe destacar que os saberes e práticas da Psicologia Clínica estão organizados de modo que ela sirva para observar, compreender e intervir nas mais diversas questões humanas. Tais saberes e práticas visam, principalmente, ao bem-estar individual e, por diversas vezes, são utilizados como meio de ajustamento do sujeito na sociedade. Ainda que o corpo de conhecimentos e princípios éticos da Psicologia Clínica estejam relativamente bem consolidados, essa área ainda se mistura com posicionamentos do senso comum, fica passível às distorções e falsificações, bem como à ignorância a respeito de seus modelos teóricos e de seus compromissos ético-políticos (Teixeira, 1997).

Em contrapartida, ao longo da consolidação da Psicologia enquanto ciência e profissão delineia-se um movimento crítico com ambições alternativas de compreender e transformar o cenário atual no qual a Psicologia tem se ancorado, trabalhando especialmente com pessoas que se encontram em estado de vulnerabilidade decorrente do sistema econômico e social. A esse movimento damos o nome de Psicologia Crítica por causa do debate que constantemente se propõe acerca do reconhecimento inerentemente conflituoso da vida humana no mundo contemporâneo.

Diferentemente da Psicologia Clínica tradicional, a Psicologia Crítica visa à problematização e, de certo modo, à rejeição da categorização e do ajustamento do comportamento individual. Para tanto, propõe que as questões que levam ao sofrimento humano sejam exploradas e analisadas a partir das relações sociais e materiais que tornam a vida cotidiana tão conflituosa, alienante e potencialmente adoecedora (Schraube, 2015).

Do ponto de vista da Psicologia Crítica, os saberes e práticas psicológicas, por mais científicos que se possam pretender, foram e são cultivados no cerne do sistema capitalista para atender às demandas desse sistema e não como resultado de mentes individuais geniais, nem como mera conjugação de ideias descoladas de sua historicidade. Além do questionamento aos saberes e práticas hegemônicas dentro dos campos da Psicologia, a Crítica também se dá às maneiras de se estudar e intervir no sofrimento humano.

Se na Psicologia Clínica tradicional o sofrimento tende a ser visto como fruto de processos psíquicos privativos, internos, essenciais ou biológicos passíveis de tratamento e ajustamento a partir de supostas forças individuais, na Psicologia Crítica há um caráter de denúncia do ataque às políticas sociais, do impedimento dos direitos, da precarização da vida e das armadilhas do sistema capitalista que levam à produção de mais sofrimento humano e que impedem o acesso aos serviços de saúde mental (Costa; Mendes, 2022).

Nesse sentido, o presente artigo visa problematizar a Psicologia Clínica enquanto campo do saber. Ademais, busca na Psicologia Crítica fundamentações teóricas/epistemológicas que apresentem narrativas de aproximação de uma outra concepção do fazer psicológico, entendendo possibilidades de transversalidade desse fazer a partir de reflexões que emergem da natureza crítica do desenvolvimento da Psicologia.

Estabelece como objetivo abordar a relação entre Psicologia Clínica e Psicologia Crítica e, enquanto objetivos específicos, apresentar uma breve contextualização dessas disciplinas, problematizar essa relação adotando a complexidade necessária do assunto de modo a levantar reflexões e inquietações da práxis clínica-crítica psicológica e, por fim, discutir a formação do psicólogo enquanto ensino acadêmico à luz da criticidade, pautado no compromisso social de transformação das condições de sofrimento da classe trabalhadora.

Portanto, este trabalho justifica-se por contribuir com as discussões no campo acadêmico acerca do fazer da clínica psicológica, implicando suas limitações históricas, conceituais, ético-políticas e, para além do campo acadêmico, fomentar o debate do lugar do compromisso social assumindo esse fazer, entendendo a Crítica como norteadora da atividade profissional. Enquanto justificativa pessoal há inquietações pessoais dos autores com esse debate, especialmente por existir em suas práticas um vetor condutor do fazer clínico-crítico-social decorrente de suas formações ou de seus trabalhos, seja na docência, nas políticas públicas ou na clínica.

## 2. Desenvolvimento

### 2.1 Psicologia clínica

Há na história da Psicologia Clínica eventos que direcionaram suas teorias, técnicas e formatos de intervenção. Ora mais focada em avaliação psicológica para os mais diversos fins socioeconômicos (Bueno; Peixoto, 2018), ora mais direcionada ao tratamento mental das pessoas (Mota; Cara; Miranda, 2018), a Psicologia Clínica tem se consolidado como um campo de trabalho relevante aos problemas enfrentados pelas pessoas na sociedade contemporânea.

A Psicologia Clínica iniciou-se buscando apresentar uma alternativa ao modelo médico tradicional, na década de 1950, de modo a explicar uma natureza psíquica daquelas condutas humanas que só eram passíveis de observação direta. Desse modo, a ambiguidade de seu escopo sempre se fez presente juntamente devido às ambições em desvendar o mundo psíquico por meio de procedimentos científicos. Com isso, a clínica psicológica tem sido considerada como uma atividade prática e vinculada com um conjunto de teorias e métodos. Também pode ser definida como uma disciplina da Psicologia que tem como objetivo o estudo, a avaliação e diagnóstico, a ajuda e o tratamento do sofrimento psíquico (Brito, 2008).

Na clínica psicológica privilegiam-se a escuta clínica como o principal método de trabalho, o sofrimento psíquico como demanda do indivíduo e a subjetividade enquanto uma instância íntima e privativa a ser desenvolvida. Moreira, Romagnoli e Neves (2007) discutem sobre essas características da clínica psicológica, destacando que a escuta clínica, herdada dos trabalhos de Sigmund Freud, diz respeito a uma escuta, mas também à observação do sofrimento do sujeito. Por meio dessa escuta é que se compreendem os pormenores do sofrimento humano e que as pessoas não são meros objetos passivos atacados pelo sofrimento, mas sujeitos de sua história de adoecimento.

O sofrimento psíquico é visto aqui como uma experiência universal, no sentido de que todos os humanos estão passíveis de sofrer devido

aos mais diversos motivos (psicopatológicos ou não). Observa-se que esse sofrimento costuma ser vivenciado por indivíduos que são culpabilizados e responsabilizados pelo seu sofrer, sobretudo quando ele os afasta do cumprimento das exigências sociais (trabalho, estudo, vida afetiva, entre outras). Assim, o sofrimento psíquico dos sujeitos é entregue aos psicólogos para acolhimento no âmbito privado, íntimo e individualizante do sujeito (Moreira, 2002; Moreira; Romagnoli; Neves, 2007).

Enquanto isso, a subjetividade dos sujeitos, quando vista por uma ótica tradicional e individualista, diz respeito a uma unidade intrapsíquica geradora de sentimentos pessoais, personalidade e posturas ante os outros. Essa concepção de subjetividade passa a atender aos propósitos da psicologia clínica de compreensão das particularidades dos sujeitos, de suas formas de pensar e agir para, então, propor intervenção aos padrões que, de certo modo, geram sofrimento e/ou não atendem às demandas da sociedade (Moreira; Romagnoli; Neves, 2007; De Souza; Torres, 2019).

A clínica psicológica, apesar da postura alternativa à medicina tradicional, também expressa o caráter técnico e interventivo do modelo biomédico quando se propõe a eliminar problemas da vida dos sujeitos ou ajustá-los às dinâmicas da vida. Isso porque a clínica, de modo geral, seja psicológica ou médica, costuma seguir tendência de modelos de observação e intervenção prestigiados em cada período histórico.

Foucault (2017) nos ajuda a compreender que, por meio de observações acuradas, recursos técnicos sofisticados e discursos sobre saúde e doença, a clínica serviu e continua servindo aos interesses sociais e políticos vigentes que, de certo modo, produzem doenças e inventam tratamentos. Com isso, o corpo e a vida das pessoas passam a ser controlados sob a lógica da saúde e do bem-estar, ao mesmo tempo que, pelas relações de poder, os discursos dos profissionais da saúde passam a contribuir para com a normatização desses corpos e vidas a partir do que a sociedade considera como desejável e aceitável.

Ainda assim, tem sido desejável a existência da Psicologia Clínica justamente por causa de seu potencial em efetuar análises complexas e significativas sobre o sofrimento dos sujeitos, destacando condições e contextos

únicos que precisam ser avaliados para se alcançarem maneiras particulares e mais adequadas para que os sujeitos possam elaborar e lidar com tal sofrimento. Para tanto, uma clínica psicológica contribuirá com o desenvolvimento individual no sentido de promover autoconhecimento, manejos das emoções, aprendizagem de novos repertórios comportamentais, resolução de problemas interpessoais e gerenciamento de crises; habilidades estas tão almejadas para o bem viver na contemporaneidade (Teixeira, 1997; Meira; Nunes, 2005; Dos Anjos *et al.*, 2017; Marin *et al.*, 2021).

### 3. Psicologia Crítica

A Psicologia, ao longo de sua história, esteve frequentemente atrelada às classes dominantes da formação social brasileira, buscando em seu aparato o estudo de temas como o tratamento das doenças mentais, a formação da “moral” e a manutenção da “higiene mental”. Desse modo, o que se percebe é que a ideologia burguesa e as teorias hegemônicas na psicologia brasileira foram predominantes nas práticas e na reprodução das ideias psicológicas durante diversos anos (Lacerda Júnior, 2013; Bock, 2007; Martín-Baró, 1996).

No final da década de 1980, um movimento de aprofundamento crítico da Psicologia como ciência chegou para o debate, ao mesmo tempo que o cenário assumiu uma postura de compromisso de questionamento da ordem social das demandas impostas pelo desenvolvimento do capitalismo. Embora a manifestação dessas críticas demonstrasse um modelo ideológico da Psicologia, atrelada à ordem do capital, acredita-se que esse momento foi propício para o desenvolvimento da psicologia enquanto ciência e profissão e das críticas a ela em nossa realidade (Jacó-Vilela, 2007).

Nesse solo de análises teóricas marcadas pelo caráter crítico, diversos caminhos podem ser apontados. Repensar teoricamente o fazer e a função da psicologia é resgatar diversos elementos nesse debate, inclusive a conjuntura histórica do país, a exemplificar o contexto de lutas populares contra a ditadura militar, processos de reorganização da classe trabalhadora contra a opressão vivenciada pela classe burguesa, a aproximação da

psicologia com os processos de transformação social da classe trabalhadora, juntamente com a aproximação teórica ao marxismo e um descontentamento com as produções teóricas norte-americanas decorrentes do apoio dos EUA à ditadura militar. Enfim, uma diversidade de elementos. Nessa perspectiva, as manifestações de diversos caminhos da Psicologia Crítica surgiram no Brasil e influenciam nas discussões sobre o objeto da psicologia até hoje (Lacerda Júnior, 2013).

Para Pavón Cuellar (2019), a Psicologia Crítica não é necessariamente uma corrente ou vertente teórico-metodológica psicológica, mas uma perspectiva orientativa, que ao mesmo tempo que orienta também critica a própria psicologia. Isso porque, pensar o lugar/fazer da própria psicologia desassociado da vida concreta das coletividades é afastar de sua essência e premissa básica de transformação da realidade material da vida.

Nessa perspectiva, a Psicologia Crítica também não é uma ramificação psi ou mais uma psicologia, mas seu caráter crítico que manifesta seu compromisso ético-político derivado das lutas sociais ante as crises societárias, ou seja, as crises do capital, atrelado ao seu projeto de sociedade que se alinha à luta da classe trabalhadora. Portanto, seu projeto é assumir o compromisso da transformação da realidade e da psicologia como resultado da crítica (Costa; Mendes, 2022).

Tendo isso em vista, a Psicologia Crítica vai se propor a pensar não apenas um movimento crítico de suas próprias teorias, no caso, a criticidade da própria Psicologia, mas repensar um conjunto organizativo de sociedade, se nutrindo à luz do conjunto de lutas que visem à superação das estruturas de injustiça, desigualdade e exploração que a classe trabalhadora vivencia (Costa; Mendes, 2022).

Assim sendo, ao pensar a tarefa da Psicologia em termos de cuidado com a saúde mental, introduzem-se novas concepções às categorias de normalidade, loucura, sofrimento psíquico, subjetividade, sujeito, entre outras, que irão caminhar por uma diversidade de projetos de psicologia crítica, como a psicologia histórico-cultural, esquizoanálise, psicologia social, entre outras. É importante ressaltar que esses caminhos trouxeram

importantes contribuições para a compreensão do papel ético-político do fazer psicológico.

Na esteira desse pensamento, novas concepções sobre o fenômeno psicológico de centralidade no plano individual e individualista da subjetividade rotineiramente conhecido no âmbito da clínica psicológica (indivíduo a-histórico, isolado de seu contexto social) recebem olhares críticos e problematizadores passando, agora, a ter dimensões socioculturais e novas formas de constituição do sujeito (Meira, 2012).

Embora as problematizações à luz da Psicologia Crítica tenham levantado profundas inquietações para o campo epistemológico da psicologia como um todo, é importante sinalizar os perigos dos discursos do “compromisso social” sem o real compromisso com os anseios da classe trabalhadora para não se tornarem apenas formas de legitimação do conhecimento psicológico a favor da sociedade burguesa e suas estruturas de dominação (Lacerda Júnior, 2013).

Por fim, é imprescindível sinalizar que o desvelamento dos comprometimentos ideológicos da Psicologia com as demandas postas pela ordem do capital não garante por si só o pensamento crítico. A intenção de buscar a construção de posicionamentos mais contextualizados não é suficiente. É preciso, portanto, adotar posturas de compromisso mais radicais na construção de possibilidades de emancipação humana na sociedade atual.

#### 4. Método

Considerando que toda pesquisa é uma forma de investigar determinados eventos, de conhecer problemas da vida prática ou intelectual e um passo importante na construção ou reconstrução de determinada realidade (Lima; Mioto, 2007), a presente pesquisa objetivou discutir sobre as possibilidades de os conhecimentos construídos na Psicologia Crítica serem acolhidos e exercidos na Psicologia Clínica. Para tanto, o presente estudo tem caráter de pesquisa teórica, pois, além do exame e reconsideração de uma determinada área do conhecimento, há o interesse em discutir e reconstruir ideias já estabelecidas e estimadas (Fontes; Falcão, 2015; Lopes, 2016).

Contudo, a discussão aqui proposta foi realizada a partir de uma revisão narrativa, valendo-se de obras que contribuíram para o debate acerca das possibilidades de a Psicologia Clínica ser também Crítica. Por se tratar de uma revisão narrativa, esta tem caráter de uma pesquisa não sistemática que, conforme Rother (2007), visa descrever e discutir um determinado assunto sob uma perspectiva teórica sem informar critérios sistemáticos para busca e seleção de obras. Por não seguir um processo sistemático definido, a presente pesquisa não propôs critérios de inclusão, exclusão, análise de seleção ou qualquer outro recurso das pesquisas cujos processos são concretamente sistemáticos.

Em todo caso, vale ressaltar que as obras selecionadas para sustentar a discussão proposta neste presente trabalho foram provenientes de textos eletrônicos com acesso livre e acervo pessoal dos presentes autores e, além de terem contribuído com suas formações acadêmicas, continuam inquietando e guiando suas práticas profissionais.

As obras escolhidas em formato de artigo estão livremente disponíveis de modo eletrônico conforme os *links* disponíveis nas referências da presente pesquisa. Já as obras escolhidas em formato impresso são de acervo próprio e foram selecionadas, como já dito, por suas contribuições no processo formativo acadêmico e profissional dos presentes autores. Buscou-se realizar diálogos entre outros autores e entre campos a partir desses materiais textuais disponíveis, até o momento, que versam sobre a temática aqui proposta. Com isso, defende-se que levantamentos não sistemáticos, provenientes de revisões narrativas, também permitem examinar e discutir ideias, bem como podem proporcionar diálogos e direcionar futuros estudos.

## 5. Resultados e discussão

Por se tratar de um diálogo entre perspectivas vinculadas à Psicologia, mas a partir de uma revisão narrativa com seleção não sistemática de obras textuais, não julgamos necessária a elaboração de informações por menorizadas acerca dos materiais e dos critérios de inclusão e exclusão das

obras. O que será apresentado a seguir é um diálogo aberto entre autores e entre concepções psicológicas para, então, concluir sobre a possível conciliação entre Psicologia Clínica e Psicologia Crítica.

Para respondermos à pergunta-problema desta pesquisa, precisamos retomar a noção que se tem da Clínica e da criticidade que devemos aplicar a ela a partir das problematizações levantadas pela Psicologia Crítica. Nesse sentido, é possível admitir que a alternativa à qual a clínica psicológica se propõe diz respeito à superação dos modelos médicos tradicionais no que tange ao olhar sobre as doenças, sobre os fenômenos patológicos. Com essa superação, torna-se possível investir o olhar sobre o sujeito e suas demandas. Mas esse suposto novo olhar ainda se faz com foco no indivíduo e não nas estruturas sociais e políticas das quais ele faz parte. Justamente por privilegiar o indivíduo, a Psicologia Clínica pode acabar se distanciando dos problemas sociais e ceder aos ideais de cura e, portanto, correr o risco de exercer uma prática higienista (Moreira; Romagnoli; Neves, 2007).

Assim, do ponto de vista crítico, o grande desafio seria possibilitar uma Clínica que conseguisse superar os padrões clássicos e elitistas acerca da figura do profissional de psicologia e das noções sobre suas atividades. Mas a crítica aqui aplicada não deve ser a crítica enquanto sinônimo de julgamento, mas enquanto condutora de ponderações sobre os limites e relevâncias da prática clínica, bem como suas funções em prol da transformação social.

Repensar a prática clínica envolve revisitar o papel da Psicologia na manutenção das estruturas de injustiças e desigualdades que podemos observar ao longo da sua história. Revisitar para compreender as condições históricas e sociais que privilegiaram e ainda privilegiam o indivíduo em detrimento do coletivo. Compreender as variáveis que tornam as análises dos problemas psicológicos tão biologicistas, intrapsíquicas e individuais para, com isso, investigar os ideais sociopolíticos amalgamados com a Clínica e que direcionam a prática para a cura, ajustamento ou domesticação das diferenças.

Nesse sentido, é fundamental que os psicólogos clínicos sejam convocados a repensar seus saberes e práticas ante o agravamento das condições

humanas. Tal como alguns autores já propuseram (Teixeira, 1997; Pacheco Filho, 2008; Lacerda Júnior, 2013; Dittrich, 2016), é preciso considerar que na constituição do sofrimento humano há aspectos concretos postos nas suas realidades históricas e cotidianas provenientes do modelo econômico capitalista e seus subprodutos (produção destrutiva da natureza, trabalhos precários, patologização e medicalização das diferenças, substituição das políticas públicas por modelos privados de educação, saúde e segurança, entre outros).

Torna-se, então, desejável que a Psicologia Clínica seja ensinada (para ser praticada) por meio de interações mais evidentes com os conteúdos das ciências humanas, com relação aos conhecimentos provenientes das comunidades e que supere as teorizações desconectadas da realidade comunitária. Isso porque, uma prática clínica sem crítica acabaria conduzindo a intervenções muito mais favoráveis ao poder das elites do que de fato à transformação da realidade social (Flores Júnior; Córdova, 2019). Esse ensino crítico, não só de Psicologia Crítica, mas de uma crítica interna às abordagens, aos métodos e às demandas, seria também desejável na formação dos presentes e dos futuros profissionais da Psicologia. A crítica aqui não como uma orientação rígida com fomento à “destruição” da Psicologia ou da prática clínica, mas como conteúdo de compromisso ético-político para guiar a produção do conhecimento e as intervenções psicológicas.

A nosso ver, essa Crítica constante, que oportuniza reflexões, debates e conscientização, se faz necessária e urgente ainda na formação acadêmica por duas razões: a presença do senso comum acrítico e conservador e as tendências de mercado para a psicologia. A ideia é não perdermos de vista que ainda há confusões entre os saberes psicológicos com os saberes do senso comum devido aos déficits do sistema de ensino superior, seja em decorrência da massificação do ensino, do perfil estudantil contemporâneo ou da deficiência crítica que os atuais professores tiveram ainda em suas graduações. Além disso, faz-se necessário nos atentarmos às tendências mercadológicas pseudocientíficas infiltradas na Psicologia e que se tornam instrumentos de manutenção do *status quo* e criam objeções à transformação social.

Assim, o ensino de uma Clínica mais Crítica poderia ter vários delineamentos, começando pela revisão e mudança dos projetos pedagógicos, pelo debate acerca dos modelos de avaliação vigentes, bem como com a aproximação dos saberes psicológicos às dinâmicas das coletividades. Mas estamos cientes de que isso tudo só seria possível se fizesse sentido dentro de um sistema macro de compreensão do lugar da Psicologia na vida dos sujeitos e nas dinâmicas das comunidades. O grande desafio ainda é rever e transformar as estruturas sociais vigentes que persistem em manter o sistema de exploração humana e dos recursos naturais da vida, que mantêm as desigualdades e que usam a Psicologia individual como maneiras de fortalecer e justificar os ideais de saúde/doença.

Com isso, leva-se em consideração que, de fato, a conscientização e o empoderamento dos indivíduos em relação às opressões sofridas acabam sendo limitados em comparação com trabalhos psicológicos em prol da coletividade.

Mas, já respondendo à pergunta-problema da presente pesquisa, queremos defender que uma Clínica Crítica pode oportunizar que os sujeitos também sejam mais críticos de suas realidades e, com isso, na soma e na pluralidade, podem tornar-se coletivos, ou seja, uma comunidade que venha a favorecer a conscientização e o empoderamento dos seus. Isso porque, consultando em fontes externas à Psicologia, mas em relação com ela, alguns autores críticos da filosofia e da sociologia (Fernandes, 2020; Krenak, 2020) defendem que qualquer mudança ou transformação da realidade não deve ser feita só, desacompanhada ou desprotegida, mas sim de forma coletiva em sentido comunitário.

A universidade também pode ser espaço de conscientização e empoderamento, mas nela é preciso honestamente reforçar a noção de que não se aprende tudo da Clínica nos cinco anos de formação em Psicologia, que esta deve ser continuada não só em termos de métodos e técnicas, mas principalmente quanto à revisão e atualização dos compromissos ético-políticos.

Vale lembrar que, ao atravessar essa formação fragilizada da qual está posta, e que por diversas vezes assume caráter tecnicista, o profissional

de Psicologia, ao aplicar as ciências psicológicas e lidar diretamente com o sofrimento humano fruto/sequelas das condições de vida produzidas na ordem do sistema capitalista, encontra-se reproduzindo técnicas individualizadoras, que não conseguem de fato solucionar o sofrimento (Martín-Baró, 1996).

Portanto, faz-se fundamental pensar o lugar da práxis psicológica Clínica para além dos discursos romantizados e irrealistas como “salvadora da pátria” do sofrimento psíquico humano e assumir a natureza essencialmente necessária de aproximação do conhecimento psicológico das condições materiais da vida e transformação da sociedade por meio da defesa das políticas públicas e sociais (Costa; Mendes, 2022).

Nesse sentido, é preciso considerar a natureza essencialmente transversal de um fazer psicológico na clínica que considere seus sujeitos de intervenção postos nas suas condições de sujeitos trabalhadores, e que parte de seu sofrimento psíquico será demarcada pelas contradições impostas pelas estruturas capitalistas.

Por fim, uma Psicologia Clínica Crítica que seja atrelada às lutas das classes populares, que assuma a postura de prática política, libertária e de resistência, permitindo, assim, um exercício profissional comprometido com o sofrimento psíquico produzido pela ordem do capital. Além disso, admitir uma Psicologia Clínica Crítica também enquanto oportunidade de aprendizado, de inquietação e de transformação.

## 6. Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo explorar a relação entre Psicologia Clínica e Psicologia Crítica, bem como apresentar uma contextualização dessas disciplinas com uma problematização acerca dessa relação, adotando, para tanto, uma discussão da práxis clínica-crítica psicológica. Tal estudo foi desenvolvido por meio de ponderações sobre cada uma das disciplinas (Clínica e Crítica) para, em seguida, propor a relação entre elas. Para isso, nos valem do exame e da reconsideração da Psicologia Clínica a partir das propostas da Psicologia Crítica.

De modo geral, defendemos que é possível uma Crítica para guiar os saberes e as práticas Clínicas. Essa possibilidade está vinculada à noção de que a Psicologia Clínica pode despertar nos indivíduos a criticidade necessária para a transformação da sua realidade, mas deve-se considerar que esse despertar não pode ser somente individual ou intrapsíquico, mas também em coletividade. Defendemos também a valorização da formação acadêmica crítica, reconhecendo a universidade como um espaço privilegiado de construção de novas maneiras de se pensar o ser humano e o mundo, pois, com a criticidade necessária, tais modos de entender a vida poderiam reduzir os riscos de nos enganarmos com as tendências do mercado, das pseudociências que continuam reforçando a ideia de que tudo pode ser a partir dos desejos e esforços individuais e não coletivos, bem como de saberes que orientam o fazer psicológico de forma acrítica.

Ademais, reconhecemos que as problematizações orientativas da Psicologia Crítica à Psicologia, neste caso, à Psicologia Clínica, foram/são extremamente oportunas para sinalizar a tarefa do real compromisso social desta ciência na busca por um posicionamento científico alinhado aos interesses da classe trabalhadora. Nesse sentido, pensar a clínica psicológica e o sofrimento psíquico não mais com olhares individualizantes, mas como fruto e produto de relações sociais complexas, marcadas por estruturas capitalistas que produzem relações de adoecimento, bem como atribuir a tarefa à Psicologia (mas não só) de transformação social.

## Referências

ABDALLA, Ively Guimarães; BATISTA, Sylvia Helena; BATISTA, Nildo Alves. Desafios do ensino de psicologia clínica em cursos de psicologia. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, p. 806-819, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/F7ZBSbKMpVFfrNHRvdYMwQt/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

BOCK, Ana Mercês Bahia *et al.* Sílvia Lane e o projeto do “Compromisso Social da Psicologia”. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, p. 46-56,

2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000500018>. Acesso em 10 set. 2023.

BRITO, Sandra. Psicologia clínica: procura de uma identidade. **Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca**, p. 63-68, 2008. Disponível em: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/64/1/Brito.pdf>. Acesso em: 7 set. 2023.

BUENO, José Maurício Haas; PEIXOTO, Evandro Morais. Avaliação psicológica no Brasil e no mundo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, p. 108-121, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000208878>. Acesso em: 16 set. 2023.

COSTA, Pedro Henrique Antunes; MENDES, Kíssila Teixeira. Psicologia, 60 anos, e a Crítica da Crítica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003262857>. Acesso em: 10 set. 2023.

DANZIGER, Kurt. **Naming the mind: How psychology found its language**. Sage Publications. London, 1997.

DE BRITO, Anderson Rodrigues. História da psicologia em Goiás. **Temas em Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 135-150, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751433012>. Acesso em: 10 set. 2023.

DE SOUZA, Elias Caires; TORRES, José Fernando P. A Teoria da Subjetividade e seus conceitos centrais. **Obutchénie: Revista de Didática e Psicologia Pedagógica**, p. 34-57, 2019. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/Obutchenie/article/view/50574>. Acesso em: 16 set.2023.

DITTRICH, Alexandre. Ecologia e economia: problemas éticos contemporâneos a partir de um ponto de vista behaviorista radical. **Psicologia**

USP, v. 27, p. 450-458, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/4HkzhCdt3CSZFcXTQrmwjQS/>. Acesso em: 26 set. 2023.

DOS ANJOS, Liliam. A importância da psicoterapia pessoal para estudantes de psicologia. In: MOSTRA CIENTÍFICA DO CESUCA, 11., 2017. **Anais [...]**. Cachoeirinha, 2017.

FERNANDES, Sabrina. **Se quiser mudar o mundo: um guia político para quem se importa**. São Paulo: Planeta Estratégia, 2020.

FERREIRA, Arthur Arruda Leal. O múltiplo surgimento da Psicologia. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria; FERREIRA, Arthur Arruda Leal; PORTUGAL, Francisco Teixeira (org.). **História da Psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2013.

FLORES JÚNIOR, Cândido Rocha; CÓRDOVA, Lucas Ferraz. Por uma práxis social comunitária em Análise do Comportamento. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, v. 27, n. 4, p. 527-544, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274561551008>. Acesso em: 23 set. 2023.

FONTES, Flávio Fernandes; FALCÃO, Jorge Tarcísio da Rocha. A psicologia teórica e filosófica como uma área de pesquisa acadêmica. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 9, n. 1, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.24879/20150090010024>. Acesso em: 10 set. 2023.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução: Roberto Machado. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017.

GESSER, Marivete. Políticas públicas e direitos humanos: desafios à atuação do Psicólogo. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, p. 66-77, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/jmLTTRQNwjmZbZr899JvJ8K/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 23 set. 2023.

HOBSBAWM, Eric. O que a história tem a nos dizer sobre a sociedade contemporânea? In: HOBSBAWM, E. **Sobre história**. Trad: C. K. Moreira. São Paulo: Companhia das Letras, 2005. (Obra original publicada em 1998).

JACÓ-VILELA, A. M. O estatuto da psicologia social: Contribuições da história da psicologia social. In: MAYORGA, C.; PRADO, A. A. M. (org.). **Psicologia social: Articulando saberes e fazeres**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

KRENAK, Ailton. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LACERDA JÚNIOR, Fernando. Capitalismo dependente e a psicologia no Brasil: das alternativas à psicologia crítica. **Teoría y Crítica de la Psicología**, n. 3, p. 216-263, 2013.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista katálysis**, v. 10, p. 37-45, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>. Acesso em: 10 set. 2023.

LIONÇO, Tatiana. Psicologia, democracia e laicidade em tempos de fundamentalismo religioso no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, p. 208-223, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/t87YD9S WxKQtmHxrkMxJbZs/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2024.

LOPES, C. E. Relação entre pesquisa teórica e pesquisa empírica em psicologia. In: LAURENTI, C.; LOPES, C. E.; ARAUJO, S. F. (org.). **Pesquisa teórica em psicologia: Aspectos filosóficos e metodológicos**. São Paulo: Hogrefe, 2016.

MARIN, Angela Helena *et al.* Delineamentos de pesquisa em psicologia clínica: Classificação e aplicabilidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e221647, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221647>. Acesso em: 18 set. 2023.

MARTÍN-BARÓ, Ignacio. O papel do Psicólogo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 2, n. 1, p. 7-27, 1996.

MASSIMI, Marina. Ideias psicológicas na cultura luso-brasileira, do século XVI ao século XVIII. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria; FERREIRA, Arthur Arruda Leal; PORTUGAL, Francisco Teixeira (org.). **História da Psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2013.

MEIRA, Cláudia Hyala Mansilha Grupe; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Psicologia clínica, psicoterapia e o estudante de psicologia. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 339-343, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000300003>. Acesso em: 18 set. 2023.

MEIRA, Marisa Eugênia Melilo. A crítica da psicologia e a tarefa da crítica na psicologia. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 12, p. 13-26, jan. 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X20120001000\\_02&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X20120001000_02&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 set. 2023.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; NEVES, Edwiges de Oliveira. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 27, p. 608-621, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400004>. Acesso em: 16 set. 2023.

MOREIRA, Virginia. Psicopatologia crítica. In: SEMANA DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2002. **Palestra**, Fortaleza: 2002.

MOTA, Ana Maria Del Grossi Ferreira; CARA, Bianca dos Santos; MIRANDA, Rodrigo Lopes. História da psicologia, por quê?. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 1049-1067, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451859498002>. Acesso em: 16 set. 2023.

PACHECO FILHO, Raul Albino. A psicologia e o psicólogo no capitalismo de consumo. **Pesqui. prá. psicossociais**, p. 31-35, 2008. Disponível em: [http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume3\\_n1/pdf/Pacheco\\_Filho.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume3_n1/pdf/Pacheco_Filho.pdf). Acesso em: 26 set. 2023.

PAVÓN CUÉLLAR, D. Psicología crítica y lucha social: pasado, presente, futuro. **Poiésis**, [S. l.], n. 37, p. 19-34, 2019. Disponível em: <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/3340>. Acesso em: 1 out. 2023.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul enferm**, v. 20, p. 2, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em: 13 fev. 2024.

SCHRAUBE, E. A importância da teoria: estratégias analíticas da Psicologia Crítica. **Estudos de Psicologia**, [S. l.], v. 32, n. 3, 2015. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estudos/article/view/8275>. Acesso em: 10 set. 2023.

TEIXEIRA, Rita Petrarca. Repensando a psicologia clínica. **Paidéia**, Ribeirão Preto, p. 51-62, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X1997000100005>. Acesso em: 10 set. 2023.

TEO, Thomas. Philosophical concerns in critical psychology. In: FOX, D.; PRILLELTENSKY, I. (ed.), **Critical psychology: An introduction**. 2nd. ed. London: Sage, 2009.



# **PSICOLOGIA PERINATAL E OBSTÉTRICA: O SOFRIMENTO GESTACIONAL NA PERSPECTIVA DO PSICÓLOGO**

*Nádia Christine Gomides Ferreira Alves*

*Camila Alves de Oliveira e Silva*

*Giordana Pimentel Oliveira*

*Isabela Oliveira Peres*

*Marcus Vinícius Costa Matos*

*Leonardo Conceição Guimarães*

**Resumo:** A gestação é um período de transição que faz parte do processo natural de crescimento e desenvolvimento da humanidade, com grandes mudanças biopsicossociais. O ambiente pré-natal é tão ou mais importante que os genes para influenciar a saúde física e mental no decorrer da vida do ser que está sendo gerado. Um acompanhamento psicológico neste período, chamado de Psicologia da Gravidez, ou Psicologia Obstétrica, ou ainda Psicologia Perinatal, tem como finalidade examinar as vivências emocionais mais comuns desse período e seu impacto na dinâmica familiar, e analisar a inter-relação de fatores somáticos e psicológicos na origem de vários fenômenos da gravidez, do parto e do puerpério. O presente trabalho teve como objetivo compreender a relevância social da Psicologia Perinatal e Obstétrica enquanto estratégia de enfrentamento ao sofrimento gestacional, na perspectiva do profissional psicólogo, atuante no mercado de trabalho. Nas discussões buscou-se demonstrar a relevância da Psicologia Perinatal ao compreender as dores e necessidades prementes dos psicólogos ante as demandas significativas relacionadas à gestação, sendo necessários conhecimentos especializados na área da Psicologia Perinatal e Obstétrica, para que haja um acompanhamento mais saudável e efetivo à gestante e a todos os indivíduos envolvidos na gestação. Além disso, foram percebidas demandas que estão, na maior parte das vezes, atravessadas na vida do paciente, em que, caso não ocorra uma intervenção e acompanhamento efetivos, podem acarretar prejuízos à gestação e ao seu desenvolvimento, como foram trazidas nas entrevistas, com os sintomas da ansiedade e da depressão, entre outros. Com isso, pode-se concluir que a Psicologia Perinatal e Obstétrica tem seu lugar de valor e importância no enfrentamento do sofrimento gestacional, dentro da perspectiva do psicólogo, configurando-se como uma alternativa mais eficiente no atendimento das demandas que englobam o processo gestacional de forma integral.

**Palavras-chave:** Psicologia Perinatal. Obstétrica. Sofrimento Gestacional.

**Abstract:** Gestation is a period of transition that is part of the natural process of growth and development of humanity, with major biopsychosocial changes. The prenatal environment is as important or more important than genes in influencing physical and mental health throughout the life of the being generated. A psychological follow-up in this period, called Psychology of Pregnancy, or Obstetric Psychology, or even Perinatal Psychology, aims to examine the most common emotional experiences of this period and their impact on family dynamics, and to analyze the interrelationship of somatic and psychological factors at the origin of various phenomena of pregnancy, childbirth and puerperium. The present study aimed to understand the social relevance of Perinatal and Obstetric Psychology as a strategy to cope with gestational suffering, from the perspective of the professional psychologist, working in the labor market. In the discussions, it was sought to demonstrate the relevance of Perinatal Psychology in understanding the pains and pressing needs of psychologists in the face of significant demands related to pregnancy, requiring specialized knowledge in the area of Perinatal and Obstetric Psychology, so that there is a healthier and more effective follow-up of the pregnant woman and all

individuals involved in pregnancy. In addition, demands were perceived that are, in most cases, crossed in the patient's life, in which, if there is no effective intervention and follow-up, they can cause damage to pregnancy and its development, as brought up in the interviews, with the symptoms of anxiety and depression, among others. With this, it can be concluded that Perinatal and Obstetric Psychology has its place of value and importance in coping with gestational suffering, within the perspective of the Psychologist, configuring itself as a more efficient alternative in meeting the demands that encompass the gestational process in an integral way.

**Keywords:** Perinatal Psychology. Obstetric. Gestational Distress.

## 1. Introdução

A gestação é um período de transição que faz parte do processo natural de crescimento e desenvolvimento da humanidade, com grandes mudanças biopsicossociais. As transformações não são apenas no organismo da mulher, mas no seu bem-estar, em seu psiquismo e em seu papel sociofamiliar. A intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade de todos os envolvidos na gestação, seja da mãe, do pai, ou de toda a parentalidade.

Segundo Maldonado (2017), o ambiente pré-natal é tão ou mais importante que os genes para influenciar a saúde física e mental no decorrer da vida do ser que está sendo gerado. Um vínculo de qualidade entre mãe e filho protege a criança de disfunções graves, e contribui para o desenvolvimento da resiliência, que surge da interação entre fatores biológicos e ambientais, como também de outras competências como autoestima, prazer em aprender, facilidade de compreender emoções, sentimentos e empatia, que resultam na capacidade de se relacionar bem com os demais ao longo da vida.

Durante a gravidez é que se inicia a formação do vínculo pais e filho, como também a estruturação da rede de intercomunicação da família. Moraes (2021) ressalta que, dependendo das circunstâncias sociais, familiares, físicas, intrapsíquicas e relacionais em que ocorre a gestação, estas podem colaborar com diversas reações emocionais por parte de um ou ambos os pais. Quando essas emoções não são compreendidas e elaboradas, podem, sobretudo, interferir no andamento, na continuidade ou na

interrupção da gravidez, como determinar a via de parto pela possibilidade de interferência nas condições biológicas da díade, com possíveis complicações, possibilidade ou não de aleitamento, entre outras situações de impasse na relação com o bebê e sua parentalidade.

Um acompanhamento psicológico nesse período, chamado de Psicologia da Gravidez, ou Psicologia Obstétrica, ou ainda, Psicologia Perinatal, tem como finalidade examinar as vivências emocionais mais comuns desse período e seu impacto na dinâmica familiar, e analisar a inter-relação de fatores somáticos e psicológicos na origem de vários fenômenos da gravidez, do parto e do puerpério.

A Psicologia Perinatal e Obstétrica tem sua importância evidenciada em diversos aspectos do sofrimento gestacional humano, como ansiedade, estresse, depressão, luto materno, paterno e familiar de modo geral. Dentro desse contexto, é importante destacar o papel de acolhimento, cuidado e atenção que o profissional psicólogo pode assumir, visando à compreensão das demandas identificadas nos indivíduos que procuram esse tipo de auxílio.

Diante de toda a dimensão e significância do papel da psicologia neste processo, se faz necessário questionar e indagar qual seria a relevância social da Psicologia Perinatal e Obstétrica como ramo de especialidade na Psicologia, enquanto estratégia de enfrentamento ao sofrimento gestacional. Vale ressaltar a importância da existência de um enfoque psicológico específico para o sofrimento gestacional, visto que assuntos como gravidez, parto, puerpério, pré-natal, luto, violências, entre outros – e seus respectivos sofrimentos – são temas de destaque e grande interesse para a perspectiva do profissional em seu processo de formação e atuação, detendo particularidades específicas desta linha de atuação.

O presente trabalho teve como objetivo compreender a relevância social da Psicologia Perinatal e Obstétrica enquanto estratégia de enfrentamento ao sofrimento gestacional, na perspectiva do profissional psicólogo, atuante no mercado de trabalho. Indagou-se se os psicólogos estão familiarizados com as demandas específicas do ciclo gravídico-puerperal, prontos a atender às exigências que esse processo solicita, desde a intenção ou não da gestação, ao longo da gravidez, parto e puerpério, compreendendo os desejos, possibilidades, sofrimentos e limitações da gestante e de sua parentalidade.

Avaliou-se se os psicólogos compreendem que essa temática precisa ser estudada e entendida como um ramo de especialização da Psicologia, e se estes possuem os conhecimentos específicos dessa demanda psicológica.

## 2. Desenvolvimento

A decisão de ter um filho resulta da interação de vários fatores, motivos conscientes ou inconscientes, sendo a gravidez uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Contudo, essa questão envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, mudanças de aspectos de identidade, ou em nova definição de papéis. A complexidade das mudanças provocadas pela vinda do bebê não se restringe apenas às variáveis físicas, bioquímicas ou psicológicas, mas aos fatores socioeconômicos e ambientais.

De acordo com Maldonado (2017), as bases psiconeurobiológicas da saúde mental dos bebês e das crianças pequenas são cada vez mais objeto de estudos de profissionais de diversas áreas, como psicologia, medicina, biologia, enfermagem, ciências sociais e econômicas. A autora afirma que os avanços da epigenética mostram a profunda influência dos vínculos afetivos na expressão dos genes, e que as experiências precoces, ainda dentro do útero materno, influenciam a expressão desse material genético.

Verny e Weintraub (2014) afirmam que o cérebro é sensível às experiências ao longo de toda a vida, mas é à experiência tida durante os períodos críticos da vida intrauterina (pré-natal), e imediatamente seguinte ao parto, que se dá a organização do cérebro. Ou seja, as primeiras experiências determinam em grande parte a arquitetura do cérebro e a natureza e extensão das faculdades mentais dos adultos, e vão mais além, pois uma relação segura do bebê com um ou mais cuidadores leva a um desenvolvimento mais rápido das capacidades emocionais e cognitivas.

O nascimento de uma criança, considerado um momento de crise vital, pode trazer a possibilidade de crescimento e amadurecimento dos pais. Da mesma forma, a criança, com sua plasticidade e competências, tem a possibilidade de aproveitar o melhor dos pais e do meio inserido. No entanto, as fantasias sobre um bebê ideal são inegáveis, assim como a

desilusão quando surge o bebê real e suas infinitas demandas. Para muitos pais, em função de suas próprias histórias individuais como filhos, em suas realidades adversas, as gratificações vindas da gravidez e do bebê são insuficientes para superar as tensões, emoções, temores e ansiedades vividas e revividas (Moraes, 2021).

Diante de todas as mudanças sofridas no ciclo gravídico-puerperal, é justificável que a mulher receba o devido suporte emocional para se reestruturar. Cerávolo (2019) ressalta a atenção para o cuidado que cada mulher deveria receber durante a gravidez, mediante um acompanhamento psicológico, preparando-a para a maternidade, e a todo o processo complexo de se estabelecer um vínculo com a criança, pois, segundo a autora, esse vínculo reflete as experiências da infância vivenciada pela história intrauterina da própria mãe, a gestante.

A gravidez é o alicerce do vínculo entre a família e o bebê, é onde se promove o redimensionamento da rede de relacionamentos. Os eventos ocorridos na vida intrauterina podem contribuir para aumentar o risco de algumas doenças na idade adulta, estando não somente correlacionadas com deficiência nutricional, mas principalmente com estresse emocional em períodos críticos do desenvolvimento, e surgimento de problemas em outras etapas da vida (Maldonado, 2017).

Moraes (2021) assegura que as vivências estressantes e traumáticas nesse período gravídico-puerperal podem desenvolver patologias como ansiedade, depressão e até psicoses, não somente nos pais, mas na criança e nos familiares. Em todas essas situações, mães, pais e familiares necessitam de uma intervenção que visa à preparação para a aceitação das condições dessa gravidez, do parto e para toda a sua parentalidade, requerendo informações e acolhimento psicológico e emocional, sendo essa a proposição da Psicologia Perinatal e Obstétrica.

## 2.1 A Psicologia Perinatal e Obstétrica

A Psicologia Obstétrica, ou Psicologia da Gravidez, ou ainda Psicologia Perinatal, existe desde a década de 70 e já recebeu vários nomes. A pioneira no Brasil a levantar essa discussão para o campo da psicologia

foi a psicóloga Maria Tereza Maldonado, na década de 70. Ela escreveu sua dissertação com o título “Psicologia da Gravidez”, que depois foi transformada em um livro que hoje é uma das referências mais clássicas da área (Rodrigues; Schiavo, 2011).

Na década de 80, a psicóloga e professora Fátima Ferreira Bortoletti desenvolveu os primeiros trabalhos no hospital Ipiranga, na clínica de Ginecologia e Obstetrícia, aproximando os atendimentos médico e hospitalocêntrico voltados para a saúde da gestante a um modelo de atendimento psicológico, utilizando o modelo de Psicoprofilaxia do Ciclo Gravídico Puerperal (CGP). Com isso, realizou uma interface entre a psicologia da saúde e a psicologia hospitalar, criando o termo Psicologia Obstétrica (Schiavo, 2020).

Segundo Moraes (2021, p. 23), a Psicologia Perinatal tem como fundamentos teórico-clínicos a Psicologia do Desenvolvimento e a Psicanálise, e “é uma especialidade recente da Psicologia, resultado de pesquisas e práticas clínicas que acompanham mães e pais e que visa minimizar as angústias trazidas pela parentalidade”. A autora afirma que a Psicologia Perinatal tem o objetivo de dar visibilidade aos psiquismos dos pais e das mães, em especial, no que se refere às vivências psicológicas do período gestacional, ofertando acolhimento, empatia, e ajuda profissional às necessidades da criança e dos pais, promovendo a saúde global, entendendo a vida mental e as vulnerabilidades que podem trazer sofrimentos gestacionais.

Outro termo associado à Psicologia Perinatal é o Pré-Natal Psicológico - PNP. De acordo com Arrais, Mourão e Fragalle (2014), a PNP é uma abordagem diferenciada dos cursos de gestantes, sendo uma modalidade de atendimento raramente encontrada em serviços de obstetrícia. Trata-se de um novo conceito em atendimento perinatal, voltado para uma maior humanização do processo gestacional, do parto, e da construção da parentalidade. Esse programa visa à integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, por meio de encontros temáticos com ênfase na preparação psicológica para a maternidade e a paternidade.

A Psicologia Perinatal, Obstétrica, ou Pré-natal Psicológico, apresenta um caráter psicoterapêutico e oferece apoio emocional, além de discutir soluções para demandas que podem surgir no período gravídico-puerperal como

aquelas relacionadas aos mitos da maternidade e à sua idealização. Permite acolher e dar suporte psicológico ante a possibilidade da perda do feto ou bebê, a gestação de risco, a malformação fetal, o medo do parto e da dor, os transtornos psicossomáticos, os transtornos depressivos e de ansiedade, como também as mudanças de papéis familiares e sociais, as alterações na libido, o conflito conjugal, o ciúme dos outros filhos, e o planejamento familiar, além de sensibilizar a gestante quanto à importância do planejamento de parto e do acompanhante durante o trabalho de parto e do parto em si.

## 2.2 O psicólogo perinatal

O acompanhamento realizado por um psicólogo perinatal se mostra extremamente relevante, visto que tais profissionais atendem com foco no acolhimento dos pacientes, na promoção de saúde mental materna e paterna, na redução do estresse e ansiedade, na prevenção da depressão pós-parto e entre outros pontos importantes, relacionados aos fenômenos psicológicos que ocorrem no planejamento familiar, na gravidez, no parto e no puerpério.

O período perinatal é acompanhado por diversas alterações emocionais vivenciadas pela mãe e por todos que estão próximos à criança. Segundo Rodrigues e Schiavo (2011), algumas alterações, como o estresse excessivo, podem resultar em complicações no desenvolvimento gestacional, no parto e no pós-parto. De acordo com as autoras supracitadas, o estresse gestacional pode ser desencadeado por muitos fatores. Alguns são: a situação financeira desfavorável, uma gravidez não planejada, a falta de redes de apoio, o medo do parto e puerpério e tantos outros desdobramentos.

A atuação do psicólogo perinatal é considerada preventiva em vários aspectos: nas modificações da identidade da gestante, no acompanhamento da gestação e do vínculo pais-bebê, no trabalho do desenvolvimento da confiança na própria percepção e na própria sensibilidade, na ampliação de recursos do casal como agente de prevenção com outras pessoas da família, e na conscientização dos pais em relação ao atendimento que recebem e à reivindicação de suas necessidades. Além desses aspectos preventivos,

o psicólogo pode colaborar e desmistificar alguns temas importantes, como cuidados com a amamentação, cuidados com o bebê e a maternidade idealizada (Arrais, Mourão; Fragalle, 2014).

Levando em consideração que a Psicologia Perinatal está voltada para a aceitação, ou seja, a condução do paciente a compreender sua atual situação e aceitá-la, e a reorganização emocional e elaboração de novos projetos de vida, é possível compreender que a atuação do psicólogo perinatal se torna importante para reduzir, na família, os níveis de estresse, ansiedade e de outras alterações emocionais que possam ser prejudiciais para a mãe, o pai e/ou o bebê.

É interessante salientar que o acompanhamento psicológico não precisa ter início junto com a gestação, podendo começar antes mesmo da gravidez. Nesse caso, o profissional de psicologia torna-se capaz de auxiliar as condições para que o planejamento familiar aconteça da melhor forma, resultando em uma gestação possivelmente mais saudável e tranquila.

Maldonado (2017) reafirma que a criança se desenvolve em uma rede de relacionamentos quando são de boa qualidade, em vínculos seguros que contribuem para os desenvolvimentos de competências, como autoestima, prazer em aprender, facilidade de compreender emoções e sentimentos e empatia, que resultam na capacidade de se relacionar bem com os outros no decorrer da vida.

Assim, a principal finalidade da intervenção do psicólogo nesse aspecto é oferecer uma escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, proporcionando assim um espaço em que a mãe possa expressar seus medos e suas ansiedades, além de favorecer a troca de experiências, descobertas e informações, com extensão à família, em especial ao cônjuge e aos avós, visando à participação na gestação-puerpério e compartilhamento da parentalidade.

Segundo Bortoletti *et al.* (2007), os profissionais envolvidos no processo gestacional devem estar sempre atentos às manifestações e atuar visando amenizar os sentimentos, de forma a permiti-los ser suportáveis e inofensivos. O psicólogo deve estar ciente da possibilidade de manifestações patológicas da regressão gestacional, ou demais outros transtornos

emocionais e mentais preexistentes e suas comorbidades, que podem comprometer a vivência saudável do processo reprodutivo.

### 2.3 Sofrimento gestacional

A gravidez real, não aquela romantizada e idealizada, pode ser sobrecarregada por muitos transtornos do humor, em particular pela depressão. Encontra-se na vivência da maternidade algum nível de sofrimento psíquico, físico e social no período pré e pós-parto. Segundo Santos (2011), normalmente, nessas fases, observa-se nas mães uma vivência relativamente contínua de tristeza ou de diminuição da capacidade de sentir prazer, a qual poderá ser transitória ou irá se tornar crônica caso não sejam assistidas adequadamente.

Segundo Arrais, Mourão e Fragalle (2014), normalmente existem três distúrbios que são característicos do período puerperal: a melancolia da maternidade (baby blues), a depressão pós-parto (DPP) e a psicose puerperal. As autoras acrescentaram recentemente à trilogia do puerpério outros transtornos ansiosos como a ansiedade puerperal e o distúrbio de pânico pós-parto. Apesar de não serem reconhecidos como entidades diagnósticas específicas pelos sistemas classificatórios atuais, os transtornos mentais no puerpério apresentam peculiaridades clínicas que merecem atenção por parte de médicos e pesquisadores, e de modo geral, estas não são diagnosticadas nem tratadas adequadamente.

Ansiedade e depressão deveriam ser sintomas pouco frequentes durante a gravidez, uma vez que essa experiência vital é socialmente percebida como positiva e realizadora para a mulher. No entanto, de acordo com Arrais, Araújo e Schiavo (2019), a literatura especializada revela que uma em cada quatro gestantes vivencia tais transtornos, e 48% daquelas que manifestam ansiedade e 70% das que apresentam depressão pré-natal permanecem em sofrimento psíquico no período pós-parto e nos primeiros anos de vida de seus filhos. Isso ocorrerá caso não recebam orientação e apoio especializados, sendo a ansiedade gestacional identificada como um importante fator de risco para a Depressão Pós-Parto (DPP).

Conforme Schiavo (2016), com relação ao estresse e à ansiedade na gravidez, ainda são escassas as revisões da literatura, tanto no período pré como no pós-natal. Além disso, os sintomas de ansiedade são incorporados nos diagnósticos de depressão ou são negligenciados quando ocorrem isoladamente, o que torna necessária a realização de pesquisas que avaliem sintomas de depressão, ansiedade e estresse de forma independente e que sejam aprofundadas as investigações sobre a influência desses quadros no desenvolvimento do bebê.

Contudo, de acordo com Arrais, Araújo e Schiavo (2019), apesar da alta frequência de queixas depressivas na gravidez, a percepção e o manejo dos sintomas psicológicos na gestação estão longe de receber a devida atenção dos ginecologistas e obstetras, o que torna a questão preocupante, na medida em que podem haver consequências negativas não só para a mãe, mas também para o bebê, uma vez que a depressão persistente em mulheres grávidas está associada ao atraso de desenvolvimento dos filhos aos 18 meses de idade, propiciando um aumento de 4,7 vezes no risco de terem depressão na adolescência.

## 2.4 Luto gestacional e neonatal

A mortalidade neonatal tem se configurado como crescente preocupação para a saúde pública no Brasil desde os anos 90, quando passou a ser o principal componente da mortalidade infantil, em decorrência da redução mais acentuada da mortalidade pós-neonatal. A taxa de mortalidade neonatal vem se mantendo estabilizada em níveis elevados, com pouca modificação do componente neonatal precoce, ocupando papel importante na taxa de mortalidade infantil no país (Lansky, 2002).

A discussão sobre a necessidade de intervenções e assistência perinatal data do início dos anos 70. Nos Estados Unidos, verificou-se queda drástica da mortalidade entre os anos 70 e 79, relacionada a esta intervenção. Na França, por outro lado, atribuem-se as maiores taxas de mortalidade em relação a outros países da Europa por não ter havido avanço suficiente no processo de assistência perinatal. Reforça-se que os nascimentos de fetos com idade gestacional menor que 33 semanas ou peso de

nascimento menor que 1.500g devem se concentrar em centros especializados, de preferência com a transferência materna e não neonatal, dada a comprovação de que, dessa maneira, há menor morbidade e mortalidade, inclusive com diminuição dos óbitos fetais (Leal *et al.*, 2000).

Sabe-se que, à medida que são reduzidas as mortes no período neonatal tardio, há uma concentração de óbitos na primeira semana e predominantemente nas primeiras horas de vida, estabelecendo-se uma relação cada vez mais estreita com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido, durante o período do pré-parto, no parto e no atendimento imediato à criança no nascimento e berçário.

O enfoque na mortalidade perinatal tem se mostrado limitado para uma compreensão mais aprofundada da ocorrência dos óbitos perinatais e, conseqüentemente, limitado também para orientar as intervenções para a sua redução. Predominam como causas de óbito neonatal as afecções originadas no período perinatal, as anomalias congênicas, as síndromes de distúrbios respiratórios, e outras afecções respiratórias do recém-nascido, contribuindo com uma parcela significativa das causas no primeiro grupo, bem como as infecções do período perinatal.

Verifica-se, dessa maneira, que as causas de óbitos são pouco específicas ou elucidativas das condições associadas com o óbito perinatal e neonatal. Garcia-Marcos *et al.* (1998), *apud* Lansky (2002) apontam à insuficiência da informação sobre as causas de óbito perinatal na Espanha, onde foi detectado um elevado número de causas mal definidas (24%), além de outras causas pouco esclarecedoras das circunstâncias dos óbitos, como “complicações da placenta, cordão umbilical e membranas”, “hipóxia intrauterina e asfíxia ao nascimento” e “prematuridade”.

O aumento do interesse atualmente observado em relação à mortalidade perinatal deve-se principalmente ao fato de que, apesar de se verificar uma tendência mundial de declínio das taxas de mortalidade infantil, em particular na América Latina, as causas ligadas à gestação e ao parto contribuíram com somente 6% para a redução total dos óbitos infantis, passando a ocupar o primeiro lugar entre as causas de morte de crianças com menos de 1 ano de vida (De Lorenzi, 2000.)

Para uma análise da mortalidade neonatal, considerou-se como variável dependente a ocorrência de morte nos primeiros 27 dias de vida (óbito neonatal). Os fatores de risco para mortalidade neonatal foram considerados como variáveis independentes e foram hierarquizados em três níveis de determinação: distal, intermediário e proximal. No nível distal, foram selecionadas as variáveis socioeconômicas: idade materna, escolaridade materna e tipo de hospital de nascimento; no nível intermediário foram selecionadas as variáveis referentes à atenção à saúde: número de consultas no pré-natal e tipo de parto; as variáveis analisadas no nível proximal foram: sexo, idade gestacional, peso, tipo de gestação (Teixeira, 2016).

Esses estudos têm demonstrado que, tanto a diminuição da mortalidade perinatal como a prevenção de sequelas dos recém-nascidos originadas neste período depende do pronto reconhecimento dos riscos da gravidez à mãe e ao recém-nascido, além do acesso oportuno a serviços de saúde regionalizados e qualificados em todos os níveis de assistência. A importante redução da mortalidade perinatal ocorrida em diversos países é atribuída à ampliação do acesso da população à assistência perinatal com a regionalização dos serviços e ao desenvolvimento da tecnologia em assistência neonatal, como a terapia intensiva e o uso de corticoides e surfactantes nos casos de prematuridade.

Laguna *et al.* (2021) afirmam que o luto no processo gestacional pela perda de uma criança tão desejada e esperada pode causar grande sofrimento e frustração, pela impotência dos indivíduos ante a possibilidade de aplicar sua capacidade de ser mãe e/ou pai. Tendo em vista que a relação que se constitui entre as mães e seus filhos, ainda que no ventre, pode ser considerada um dos elementos fundamentais do psiquismo humano, é possível tentar entender o impacto que uma morte prematura está determinada a causar em alguns indivíduos. Nesse contexto, a identificação do luto, seu conhecimento e aprofundamento por um profissional específico e sua elaboração tornam-se essenciais para o melhor enfrentamento das circunstâncias apresentadas, abrindo caminhos para a atuação do psicólogo perinatal.

Considerando os mecanismos da prática do profissional perinatal, é necessário entender que sua intervenção precisa estar assentada em uma postura de compreensão e de empatia. Para Limbo e Wheeler (2003) *apud* Laguna *et al.* (2021), mensagens sensíveis e claramente preocupadas se fazem importantes nesse processo. Frases como “isto que vocês estão passando deve ser realmente muito difícil”, “estou aqui disponível para vocês”, “fico triste por vocês” ou “o que posso fazer para ajudá-los?”, contribuem de maneira verdadeiramente efetiva para iniciar o contato com o outro e encontrar elementos a serem trabalhados durante o atendimento. Cabe nesse momento saber identificar o “tato” da ocasião, para elaborar intervenções pertinentes ao “timing” do contexto que se apresenta.

Outra importante ação do psicólogo, no cenário da clínica psicológica ou no atendimento hospitalar, se refere a facilitar a expressão emocional e a vivência do luto. Kavanaugh e Wheeler (2003) *apud* Laguna *et al.* (2021) inferem que nessa fase do processo é preciso auxiliar os pais a identificarem e a expressarem as suas emoções, sempre com uma escuta aguçada e empática ante o que se está passando. Também é importante mostrar como ser sensível às necessidades do companheiro e auxiliar na divisão das responsabilidades. Através dessa postura, vai se estabelecendo um vínculo terapêutico com a família, elemento de extrema importância para a continuidade do processo.

Tendo tais elementos como centrais no enfrentamento do luto familiar, salienta-se que a assistência psicológica e o atendimento adequados vão ao encontro de facilitar o conhecimento da dinâmica do luto do casal, estando atento às suas necessidades reais e os auxiliando a enfrentar o processo de forma saudável. Há uma forte e notória diferença no estado emocional dos pais que recebem apoio familiar e de amigos em relação àqueles que não possuem essa rede de apoio (Carvalho; Meyer, 2001 *apud* Laguna *et al.* 2021). Nota-se, através desse recorte, que a presença de um profissional especializado no manejo do sofrimento gestacional, como é o caso do psicólogo perinatal, pode ser enriquecedora em várias direções, tanto para os pais em situação de luto, como para os familiares, além do próprio profissional.

### 3. Metodologia

Os participantes da pesquisa foram profissionais de psicologia autônomos que atuam ou atuaram com mulheres em período gestacional, puerperal, em maternidade na reprodução assistida, com pais e responsáveis (parentalidade), por no mínimo um ano de atendimento com o público em específico. Não foi realizada a identificação dos participantes, em virtude da garantia do anonimato dos indivíduos. Para a coleta de dados necessários à efetivação da pesquisa, foram utilizados um Roteiro de Entrevista (apêndice A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice B), apresentados aos participantes.

A primeira etapa se construiu com o levantamento e seleção dos possíveis profissionais psicólogos que estavam no perfil da pesquisa. Em seguida, foi elaborada uma triagem para verificar se estes atendiam aos requisitos de participantes da pesquisa, sobre a disponibilidade de cada um e em qual formato a entrevista seria realizada, presencial ou online, além da explicação e assinatura do TCLE. Nas entrevistas selecionadas como remotas, o encontro contou com o uso de programas de videoconferência gratuitos, tais como Zoom, Google Meet ou Teams, sendo cada entrevista online gravada em áudio. Já nas entrevistas presenciais foi utilizado o apoio do gravador de áudio, mediante autorização prévia do participante, para que fosse possível a posterior transcrição e análise dos dados da entrevista. As expectativas foram que cada entrevista tivesse duração entre 50 e 60 minutos, podendo ser estendida conforme a necessidade de cada entrevistado.

### 4. Discussão

A Psicologia, como área científica voltada ao enfrentamento do sofrimento humano, vem crescendo exponencialmente nos últimos anos e possibilitando, dessa forma, o surgimento de novos modelos e especializações que buscam atuar em demandas específicas desse sofrimento, elemento presente na vivência humana do dia a dia. Sua importância enquanto

área de acolhimento e escuta é inegável e vem sendo reconhecida frequentemente, seja por profissionais da área ou não.

Na fala da psicóloga K. A. é possível perceber esse entendimento: “Na verdade, eu acredito que a psicologia é importante em todas as áreas, pessoal, profissional, relacionamentos... [...] Se eu tenho um conhecimento um pouco mais aprofundado das minhas questões, eu vou conseguir lidar de uma forma melhor” (*sic*).

O psicólogo G. C. acrescenta:

A Psicologia vai muito para além disso. Assim, eu acho que ela vai na compreensão, também, das relações humanas, né? De como a gente se relaciona, de como a gente se relaciona com o mundo, com os outros. Então eu acho que a Psicologia tem uma importância muito grande para entender os nossos conflitos, entender as dificuldades dos relacionamentos humanos [...] (*sic*).

A busca por profissionais psicólogos no presente trabalho se deu de acordo com uma breve identificação de suas experiências em relação à Psicologia Perinatal e ao sofrimento que esse período apresenta. Com base nisso, foram entrevistados sete psicólogos que já haviam atendido alguma paciente no período gestacional, mas que não tinham uma especialização na área, para que, assim, fossem compreendidas as experiências, os desafios e as possibilidades encontradas nas demandas voltadas para o sofrimento gestacional.

A profissional K. A. apresenta a importância da psicologia nesse momento gestacional, quando ressalta:

Se você tem um acompanhamento, se você tem um profissional que está habilitado a te ajudar a entender essas questões, de alguma forma lidar melhor, ‘né’, nos momentos em que você tem dúvidas, medos, ansiedade, ela é muito grande nesse momento, então facilita muito você lidar com todas essas questões [...] você vai conseguir vivenciar de uma maneira muito mais tranquila, podendo aproveitar mais os bons momentos, podendo aproveitar mais o lado positivo, tanto da gestação, quanto depois também (*sic*).

Nesse contexto geral, percebeu-se de forma prática que todos os profissionais entrevistados relataram de forma efetiva os desafios, dificuldades e experiências ante esse contexto, em que o principal foco de atuação estava voltado, justamente, para o acolhimento e a busca pela redução da ansiedade, procurando promover a melhoria na saúde mental da pessoa envolvida no processo de gestação. Como foi visto, de acordo com a profissional K. A.: “Eu não vejo outra palavra que não seja acolhimento. É o acolhimento de tudo o que acontece, é ajudar a mulher, né?” (*sic*). Na fala da entrevistada K. Q. nota-se também essa percepção: “Eu vejo essa perspectiva que a ajuda do terapeuta que tem esse conhecimento da psicologia torna esse sofrimento suportável, né?” (*sic*). Por fim, no relato da psicóloga A. C.: “Quando a gente fala sobre o sofrimento gestacional, a gente pode falar de vários tipos de sofrimento. São inúmeras as formas de se sofrer em uma gestação e a psicologia vem dar um suporte muito necessário, porque é uma mudança de vida” (*sic*).

Nosso trabalho continha também como questionamento no roteiro de entrevista as principais demandas identificadas pelos psicólogos em suas práticas clínicas, sendo as mais prevalentes: não desejo de concepção; medo da gestação; ansiedade gestacional; gravidez indesejada; perda fetal; dificuldades na amamentação; depressão pós-parto; aborto induzido; gestação de risco; separação durante gestação e pós-parto; depressão pré-parto; infertilidade.

Algumas outras demandas também foram apresentadas pelos psicólogos entrevistados, contudo em uma frequência esporádica, como: parto prematuro; complicações nos partos; violência obstétrica; morte neonatal; reprodução assistida; gravidez gemelar ou múltipla; dismorfia corporal; gravidez de crianças com síndromes (atípicas); gravidez com malformação fetal. Sobre as demandas questionadas e não atendidas até o momento por nenhum dos psicólogos entrevistados, temos: gravidez pós-estupro, e aborto pós-estupro.

Moraes (2021) afirma que são vários os sentimentos que permeiam a gestação, predominantemente de impotência, baixa estima, sensação de incapacidade de gerar um filho, medo do que acontecerá com seu corpo

e com o bebê. Dentro dessa dimensão, intensos níveis de ansiedade e de medo podem interferir na qualidade da gestação, como contratilidade uterina no momento do parto, até interferência na relação posterior com o bebê. Além disso, o estresse, a ansiedade e a depressão aumentam o risco de parto prematuro e favorecem problemas de saúde mental no pós-parto.

Nesse contexto, a psicóloga A.C. defende que:

Quando a gente fala sobre o sofrimento gestacional a gente fala de vários tipos de sofrimento. Que seja de uma gestação saudável e a pessoa não queria essa gestação, então gera um sofrimento [...] seja de uma gestação saudável e a pessoa quer e cria uma expectativa, e vem uma ansiedade, às vezes fora do que é esperado (*sic*).

A psicóloga K. Q. abarca a dimensão da importância desse acompanhamento psicológico da gestante, ante os sentimentos e emoções próprias desse ciclo, pois “é um período de fragilidade, é um período de muitos medos, de muita ansiedade, de insegurança, então tudo se aflora” (*sic*). Falar sobre ansiedade gestacional perpassa também sobre medos, anseios e angústias, como observado na fala da psicóloga K. A.: “Na minha experiência propriamente dita, o que eu posso dizer para você foi mais a questão de medo e ansiedade [...] e a gravidez indesejada né, que isso também traz muito mais sofrimento inclusive” (*sic*).

Segundo Maldonado (2017), o equilíbrio hormonal e a regularidade da ovulação são facilmente rompidos em função da ansiedade e de conflitos importantes com relação à maternidade. A autora ressalta que o medo de gerar filhos forma os alicerces de inúmeros casos de infertilidade e de transtornos de fecundação, tanto na mulher quanto no homem. E o desejo, aliado ao medo, pode provocar alterações psicossomáticas, abordando a complexidade das vivências do ciclo, trazendo ao cenário casos de ansiedade, depressão e estresse generalizados, durante a gestação, como no momento do parto e pós-parto, podendo comprometer a saúde física e psíquica da mãe e da criança.

Nesse sofrimento gestacional, a partir do que é mostrado no presente trabalho, sabe-se que a gravidez é um momento em que podem ser

vivenciadas muitas turbulências emocionais, e que, se não houver um acompanhamento psicológico efetivo, esse contexto pode acarretar alguma patologia ou sofrimento, trazendo consequências para a gestação. Como visto, a ansiedade e a depressão são sintomas que estão presentes nesse momento, constatando-se que 48% das mulheres que apresentam ansiedade e 70% das que manifestam depressão permanecem em sofrimento psíquico no período pós-parto e nos primeiros anos de vida de seus filhos (Arrais; Araújo; Schiavo, 2019).

Levando esses fatos em consideração, percebe-se que tais situações são frequentes e perpassam a vivência do profissional em Psicologia que atende a demandas nesse contexto. Um exemplo é a fala da profissional R. G., que, ao ser perguntada se já havia trabalhado com alguma demanda de ansiedade gestacional, logo respondeu: “todas” (*sic*). Também foi constatado o grande número de casos de depressão pós-parto quando a mesma profissional foi questionada se já havia atendido algum caso nesse sentido e a resposta foi: “muitas” (*sic*). Isso mostra o quão presentes são esses sintomas e como atravessam a vida das pessoas que vivenciam o período gestacional, além de reforçar a necessidade do acompanhamento especializado para que isso não venha a acarretar consequências para o processo de gestação.

No relato da entrevistada J. R. também é possível perceber a presença frequente do sofrimento gestacional na perspectiva psicológica: “Nesse impacto da gestação também não seria diferente [...] acontecem muitas crises nessa [...] nessa mulher de se perceber enquanto mãe, de perceber as tentativas que, às vezes, não estão sendo supridas como ela imaginou” (*sic*). A psicóloga A. C. traz os diversos contextos em que mudanças podem ocorrer nesse período: “Tem essa mulher inserida no núcleo familiar, tem essa mulher inserida no mercado de trabalho, tem essa mulher inserida na sociedade como um todo que a gente sabe as inúmeras dificuldades, sabe?” (*sic*).

Cabe salientar que a mortalidade neonatal tem se configurado como uma crescente preocupação para a saúde pública no Brasil desde os anos 90, quando passou a ser o principal componente da mortalidade infantil,

em decorrência da redução mais acentuada da mortalidade pós-neonatal. A taxa de mortalidade neonatal vem se mantendo estabilizada em níveis elevados, com pouca modificação do componente neonatal precoce, ocupando papel importante na taxa de mortalidade infantil no país (Lansky; França; Leal, 2002).

Em relação à mortalidade neonatal como sofrimento gestacional, foram feitos alguns questionamentos acerca das principais demandas das gestantes durante o período de gestação. Nesta análise específica entre psicólogos, o foco trazido foi referente ao luto gestacional e neonatal. Os entrevistados trouxeram que já atenderam gestantes em meio à perda fetal. Na narrativa da psicóloga M. G., essa realidade mostra-se presente: “[...] atendi duas mães que tiveram, é... o bebê virou estrelinha, né? Ele não conseguiu sobreviver” (*sic*). A psicóloga A. C. também mostra em seu relato essa realidade: “Uma mulher [...] perdeu essa gestação e daí veio um sofrimento muito grande de um luto, de uma expectativa, de uma vida, uma angústia muito grande [...] ela entrou novamente no processo gestacional e perdeu novamente” (*sic*).

De acordo com Soares e Cançado (2017), a perda gestacional é a complicação mais comum da gestação, em que cerca de 20% das gravidezes clinicamente diagnosticadas evoluem para interrupção espontânea, e não está associada somente à morbidade física ou alta mortalidade, mas com repercussões sociais e psicológicas importantes à família. É definida como a remoção do embrião ou do feto antes de atingir a viabilidade, podendo ser um evento único isolado ou recorrente. Pode-se concluir, assim, que as taxas são consideráveis para o enfoque em estudos mais específicos, visando ao auxílio no acolhimento e no aconselhamento de gestantes.

Nas palavras da profissional R. G.:

Quando está dentro do ventre é tudo uma imaginação, é tudo uma sensação que a mulher não tem condição de materializar, de pegar, de escutar o chorinho do bebê, de sentir o cheirinho do bebê, então é um sonho que se desfez mesmo antes dele acontecer. Nesse caso seria uma dor mesmo, uma dor de uma perda, né? Você descobrir, por exemplo, que [...]nesses exames que hoje em dia tem para ver a

saúde do bebê, se o filho vai ter [...] ser um portador de uma necessidade especial, sei lá, vai ter problema no coração, isso intrauterino ainda, então é uma [...] eu não sei como a gente diria, é uma dor ansiosa de antecipação, né? Porque eu tenho uma teoria, já te falei isso, o momento em que o sossego de uma mãe acaba é quando ela pega o primeiro positivo, entendeu? “Ah, como é que vai ser a gestação, como é que vai ser o nascimento?”. Então tudo isso a psicologia vem e acolhe, vem e aborda, respeitando as diferenças, né?” (sic).

De se destacar que essas perdas podem ser causadas por diversos fatores, como aborto espontâneo, bebês natimortos, morte neonatal precoce ou complicações médicas durante a gravidez ou parto. O luto gestacional e neonatal pode ser extremamente doloroso e ter um impacto significativo na saúde mental dos pais e familiares como um todo.

Nosso estudo teve também como preocupação entender o impacto da parentalidade no processo gestacional. Assim, a parentalidade, a qual envolve o pai, companheiros ou rede de apoio, pode experimentar uma ampla gama de emoções, incluindo tristeza, raiva, culpa, ansiedade e depressão. É importante que o pai, ou companheiro, também receba apoio emocional e psicológico adequado durante esse período difícil, sendo a objetificação desta demanda e a ampla carga de conhecimento elementos necessários em relação a esse assunto.

Vale ressaltar que oram perceptíveis alguns obstáculos relacionados à condução do atendimento no período gestacional, como o acompanhamento do pai, a ausência paterna, que dificulta este momento para a puérpera, como relata a profissional M. G.: “Quando a gente ‘tá’ falando de puérperas, também o envolvimento do pai [...] porque o maior relato que recebo é justamente o envolvimento desse pai, e aí para a gente conseguir trazer esse pai para a sessão, é [...] explicar a importância do vínculo dele com a criança, essa parte é bastante difícil” (sic).

Levando em consideração a importância da maternidade e paternidade na gestação, é possível compreender que tanto a mãe quanto o pai ocupam importantes papéis e funções no desenvolvimento dos filhos, e que

existem diferenças que podem ser demarcadas com base em modelos familiares e de aspectos sociais e culturais presentes nessas configurações (Bosardi; Vieira, 2010).

Menezes e Scorsolini (2019) citam, em sua obra *Envolvimento paterno na relação mãe bebê: revisão integrativa da literatura*, que a transição para a paternidade ocorre desde a gestação, momento no qual o homem pode acompanhar a mãe em sua rotina de preparação para o nascimento do filho. Cabe salientar que o envolvimento paterno durante a gestação não se restringe à adoção de comportamentos como acompanhar consultas e exames, mas também pode incluir o vínculo emocional com a mulher e o filho.

Outras dificuldades encontradas em relação ao conhecimento das demandas de sofrimento gestacional podem estar relacionadas à falta de conteúdos sobre a gravidez durante a formação, o que faz com que a maior parte dos estudantes de psicologia não tenham contato e conhecimento sobre essa área, assim como frisou a profissional M. G.: “Na minha graduação, não tivemos nenhum estudo sobre isso, só estudamos o desenvolvimento do bebê, da criança e do adolescente, aí chega na vida adulta, tem um vazio ali [...] depois pula para a velhice [...] como se a gravidez não acontecesse ali naquele período ou se fosse tudo normal” (sic).

A evidenciação da necessidade de uma especialização adequada para acompanhar essa demanda específica também se mostrou presente. Nesse contexto, pôde-se perceber essa questão no relato da profissional M. G., quando diz: “A gente não tem estudos o suficiente falando sobre, e isso é uma coisa preocupante, tanto para a gente conseguir levar embasamento para aquela gestante [...] assim, eles (pacientes) não conseguem contemplar todas as situações” (sic). No relato da psicóloga J.R., essa ideia se reforça: “[...] eu achei desafiador, inclusive, em questões de artigos, voltados para questões psicológicas, porque o profissional até busca, no meu caso, eu até busco, mas não tem algo... eu não vejo essa diversidade de artigos, de contextos que podem dar esse repertório, das essas ferramentas para o psicólogo” (sic).

É possível identificar também que a adesão à ideia de uma especialização em Psicologia Perinatal e Obstétrica foi unânime entre os entrevistados.

A entrevistada K. A. traz em sua fala que: “[...] se seu público, seu grande público é... o atendimento que você faz na clínica, você percebe que um público muito grande é de gestantes, de puérperas, sem dúvida alguma, né? Um curso específico vai te ajudar muito mais” (sic). A psicóloga J. R. complementa dizendo sobre outras formas de conhecimento dessa demanda: “Total, a gente falou mais cedo sobre isso, né? A importância. Inclusive poderia abordar outros braços aí, não só uma especialização, uma pós-graduação, mas também workshops, trazer vivências, experiências para os profissionais. Um lugar de debate seria importante também” (sic).

A psicóloga A. C. também concorda, afirmando: “[...] é só pegar os dados. Gente, quantas mulheres estão grávidas neste momento? Na sociedade, pegando por cidade, por região, por país? Quem assiste essas mulheres? Quem consegue tecnicamente dar conta de toda a subjetividade que é gerar uma nova vida e vivenciar isso. Então, sim, com certeza” (sic). O psicólogo G. C. levanta mais uma questão:

Além da dignidade que a gente dá para essas mulheres, né? Eu acho que ajuda no sentido político mesmo, acho que talvez muito mais no sentido político. De politizar mesmo, de questionar alguns padrões impostos, de... de a gente desromantizar algumas questões, de a gente discutir sobre temas que as vezes não são discutidos, de dar oportunidade de fala para essas pessoas, para essas mulheres (sic).

Portanto, assim como buscou-se objetivar e compreender as questões do psicólogo ante as demandas relacionadas à gestação e tudo o que engloba esse contexto, percebeu-se pelos profissionais entrevistados a grande necessidade da existência de uma especialização na área da Psicologia Perinatal e Obstétrica, para que haja um acompanhamento mais saudável e verdadeiramente benéfico à gestante e a todos os indivíduos envolvidos na gestação. Além disso, foram percebidas demandas que estão, na maior parte das vezes, atravessadas na vida do paciente, em que, caso não ocorra uma intervenção e acompanhamento efetivos, podem acarretar prejuízos na gestação e no seu desenvolvimento, como foram trazidas nas entrevistas, com os sintomas da ansiedade e da depressão, entre outros.

Nessa perspectiva, pode-se concluir que a Psicologia Perinatal e Obstétrica tem seu lugar de valor e importância no enfrentamento do sofrimento gestacional, dentro da perspectiva do psicólogo, podendo ser considerada o melhor caminho para o auxílio das demandas que envolvem o processo gestacional como um todo.

## 5. Considerações finais

O acompanhamento psicológico durante a gestação se torna imprescindível diante dos dados científicos que apontam o risco do adoecimento mental de mulheres durante a gestação. Nenhum ser humano nasce pronto para viver a maternidade e a paternidade, sendo um processo construído, vivenciado, pois muitas são as transformações físicas e biológicas intensas que corroboram diretamente em alterações emocionais significativas no cerne sociofamiliar, sendo a gravidez fonte de sentimentos, tanto de conquista quanto de perda. A angústia e a ansiedade exacerbada para esse evento, se não forem acompanhadas por um profissional de saúde mental, podem acabar tornando esse momento muito tortuoso para a mulher, para o bebê, e toda a sua parentalidade.

Este trabalho teve como discussão a inegável importância de compreender a Psicologia Perinatal e Obstétrica pelo olhar dos psicólogos, como um ramo da Psicologia especializada no ciclo gravídico-puerperal, diante de suas particularidades e contextualizações, uma vez que a Psicologia Perinatal está voltada para a aceitação na condução da gestante em visualizar sua atual situação e compreendê-la. A pesquisa permitiu identificar que os psicólogos necessitam estar mais amparados e familiarizados com as possíveis demandas específicas do ciclo gravídico-puerperal, e assim, prontos a atender às exigências que esse processo solicita, desde a intenção ou não da gestação, ao longo da gravidez, parto e puerpério, compreendendo os desejos, possibilidades, sofrimentos e limitações da gestante e de sua parentalidade.

Vale ressaltar que foi constatado, durante as entrevistas, que nenhum dos profissionais entrevistados havia atendido demandas acerca

de gestações causadas por estupro. Considerando que estatísticas demonstram que casos de gravidez resultante de estupro não são raros, a sua ausência pode levantar várias questões, incluindo a falta de relato por parte das vítimas, a ausência de acesso a serviços de saúde mental ou até mesmo a falta de conscientização sobre o suporte disponível. Esse tema pode apresentar possíveis desdobramentos para futuras pesquisas e estudos em relação à relevância da Psicologia Perinatal e Obstétrica em determinados contextos.

Outros desdobramentos relevantes apresentados pelos psicólogos entrevistados foram referentes: ao medo da gestação de filhos atípicos; sofrimento social da gestante ante os padrões ideais estipulados de maternidade; gestação e etarismo; gestação solo; barriga solidária; adoção, pois também é percebida como uma gestação na família; gestação trans e gestação em famílias homoafetivas.

Conclui-se, então, o interesse dos psicólogos em discutir essa temática de fundamental importância, o que se justifica pela necessidade de uma psicologia cada vez mais alinhada com seus princípios éticos que primam por fornecer atendimento adequado, especializado e em constante atualização, jamais sendo fonte de perpetuação da negligência ao sofrimento humano, entendendo que, ao naturalizar processos, se produz violência, e não cabe à psicologia exercer esse papel, mas sim estar atenta e preparada para receber aquele que a procura.

## Referências

ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. de; SCHIAVO, R. A. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 23-34, ago. 2019.

ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online], v. 38, n. 4. p. 711-729, 2018.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. Parte II - Artigos. **Saúde soc.**, v. 23, n. 1, jan.-mar. 2014.

BORTOLETTI, F. F.; MORON, A. F.; FILHO, J. B.; NAKAMURA, M. U.; SANTANA, R. M.; MATTAR, R. **Psicologia na prática obstétrica**: uma abordagem interdisciplinar. Barueri, SP; Manole, 2007.

BOSSARDI, C. N.; VIEIRA, M. L. Cuidado paterno e desenvolvimento infantil. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 44, n.1, p. 205-221, abr. 2010.

CARVALHO, F. T.; MEYER, L. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, v. 57, n. 126, p. 33-48. In: LAGUNA, T. F. dos S.; LEMOS, A. P. S.; FERREIRA, L.; GONÇALVES, C. dos S. O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 6, p. e5210615347, 2021.

CERAVOLO, K. **O começo da vida**: a atuação do psicólogo perinatal no parto. Rio de Janeiro: MED BOOK, 2019.

DE LORENZI, D. R. S.; TANAKA, A. C. A.; BOZZETTI, M. C.; RIBAS, F. E.; WEISSHEIMER, L. A Natimortalidade como Indicador de Saúde Perinatal. **Cadernos Saúde Pública**, v. 17, n. 1, 2001.

GARCIA-MARCOS, M. L.; GUILLEN, P. J. J.; MARTINEZ, T. A. Mortality rates in childhood and their causes in Spain 1998. *An Españoles Pediatría*, 1998; v. 48, p. 38-43. In: LANSKY, Sônia; FRANÇA, Elizabeth; LEAL, Maria do Carmo. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2002.

LAGUNA, T. F. dos S.; LEMOS, A. P. S.; FERREIRA, L.; GONÇALVES, C. dos S. O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 6, p. e5210615347, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.15347.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2002.

LEAL, M. C.; GAMA S. G. N.; CAVALINI, L. T.; GARBAYO, L. S.; CAMPOS, M. R.; SOMBERG, M. D. C. *et al.* Estudo da morbimortalidade e da atenção peri e neonatal no município do Rio de Janeiro, 1999. In: **Livro de resumos do 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2000, ago-set; Salvador (BA).

LIMBO, R. K.; WHEELER, S. R. When a baby dies: A handbook for healing and helping. La Crosse: Bereavement Services. In: LAGUNA, T. F. dos S.; LEMOS, A. P. S.; FERREIRA, L.; GONÇALVES, C. dos S. O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 6, p. e5210615347, 2021.

KAVANAUGH, K.; WHEELER, S. R. When a baby dies: Caring for bereaved families. In: KENNER, C.; LOTT, J. W. (ed.), 2003. In: LAGUNA, T. F. dos S.; LEMOS, A. P. S.; FERREIRA, L.; GONÇALVES, C. dos S. O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 6, p. e5210615347, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.15347.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**: Gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias e Letras, 2017.

MENEZES, M. de S. L.; SCORSOLINI-COMIN, F. Envolvimento paterno na relação mãe-bebê: revisão integrativa da literatura. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 19-39, jan. 2019.

MORAES, M. H. C. **Psicologia e Psicopatologia Perinatal**: sobre o (re) nascimento psíquico. 1. ed. Curitiba: Appris, 2021.

MORÉ, C. L. O. O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. **Investigação qualitativa em ciências sociais**, v. 3. ATAS-CIAQ, 2015.

SANTOS, M. F. S. **Depressão após o parto**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011.

SCHIAVO, R. A. Produção Científica em Psicologia Obstétrica/Perinatal. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3., n. 1676, 2020. ISSN: 2595-6825.

SOARES, A. M.; CANÇADO, F. M. A. A. **Perfil De Mulheres Com Perda Gestacional**. Passos-MG, Brasil, 2017.

TEIXEIRA, G. A.; COSTA, F. M. L.; MATA, M. S.; DE CARVALHO, J. B. L. Fatores de risco para a Mortalidade Neonatal na primeira semana de vida. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, online, v. 8, 2016.

VERNY, T. R.; WEINTRAUB, P. **O bebê do amanhã**: um novo paradigma para a criação dos filhos. Tradução de Dinah de Azevedo. São Paulo: Barany Editora, 2014.

## APÊNDICES

### Apêndice A - Roteiro de entrevista semiestruturado

Nome do participante: \_\_\_\_\_

CRP: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Áreas de atuação profissional: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

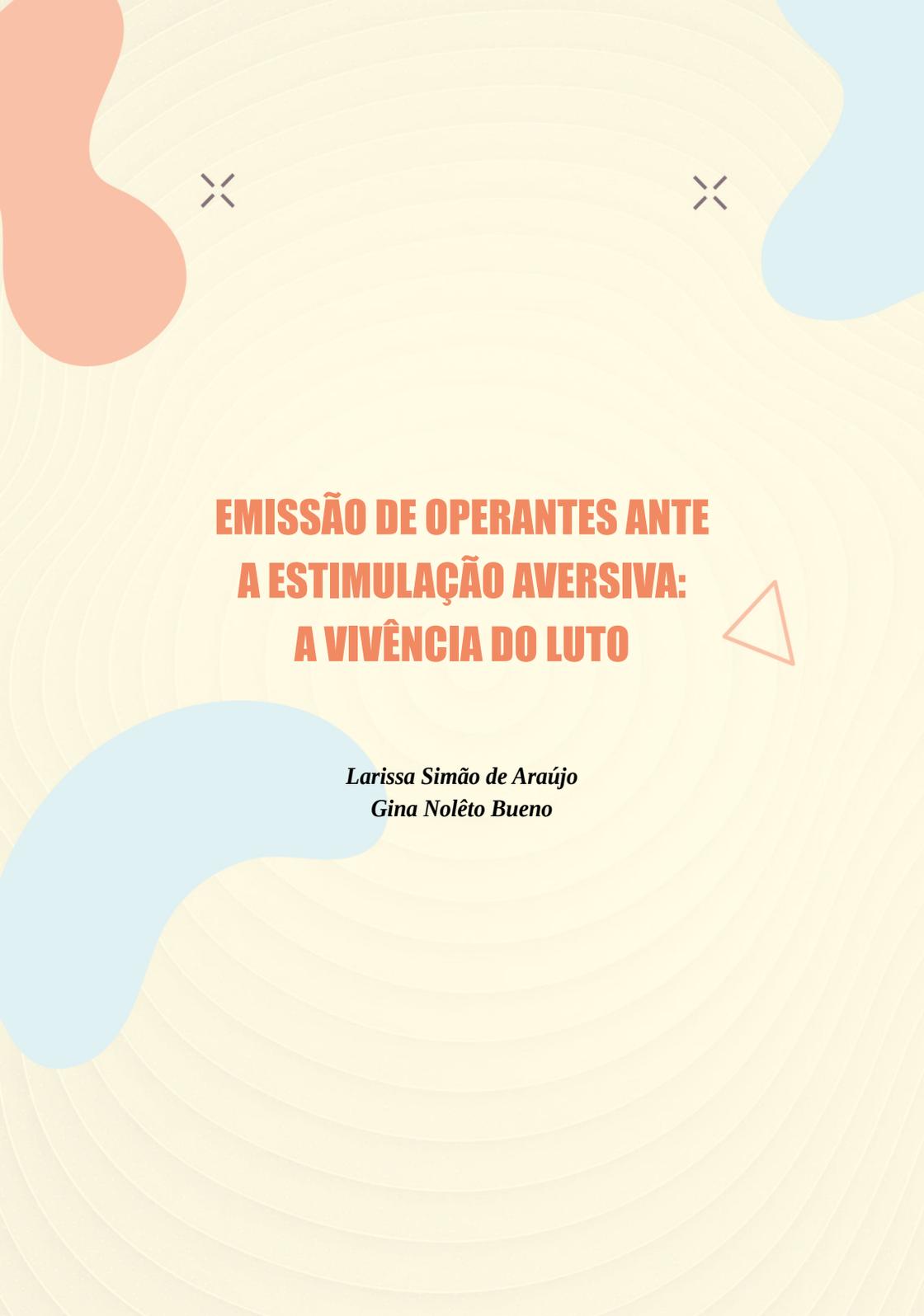
E-mail: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Qual a importância da Psicologia para você?
2. Qual a importância da Psicologia no enfrentamento das dificuldades relacionadas ao sofrimento humano?
3. Qual a importância da Psicologia no processo de gestação?
4. Qual a importância da Psicologia no enfrentamento do sofrimento gestacional?
5. Você atende ou já atendeu mulheres em período de gestação, puerpério e/ou em reprodução assistida?
6. Você atende ou já atendeu pais, mães e/ou responsáveis com cônjuges e/ou parceiros(as) em período gestacional, puerperal e/ou em reprodução assistida?
7. Quais as dificuldades que você enfrentou profissionalmente no acompanhamento de gestantes?
8. Quais as dificuldades que você enfrentou profissionalmente no acompanhamento de gestantes em situação de sofrimento?
9. Em algum momento, você sentiu que precisava se aprofundar mais no assunto (sofrimento gestacional)?
10. Dentre as demandas abaixo, quais você já atendeu na clínica?  
 Infertilidade  
 Reprodução assistida  
 Não desejo de concepção

- ( ) Gravidez indesejada
- ( ) Gravidez pós-estupro
- ( ) Medo da gestação
- ( ) Aborto induzido
- ( ) Aborto natural
- ( ) Aborto pós-estupro
- ( ) Perda fetal
- ( ) Gestação de risco
- ( ) Gravidez gemelar ou múltipla
- ( ) Gravidez na infância e adolescência
- ( ) Gravidez de crianças com transtornos físicos, síndromes, alterações físicas
- ( ) Separação durante a gestação
- ( ) Separação pós-parto
- ( ) Ansiedade gestacional
- ( ) Depressão pré-parto
- ( ) Depressão pós-parto
- ( ) Parto prematuro
- ( ) Complicações do parto normal
- ( ) Complicações no parto cesáreo
- ( ) Dificuldade na amamentação
- ( ) Violência obstétrica
- ( ) Morte neonatal
- ( ) Dismorfia corporal
- ( ) Transtornos mentais em gestantes
- ( ) Outras demandas:

11. Você já ouviu falar sobre a Psicologia Perinatal e Obstétrica?
12. Para você, o que é a Psicologia Perinatal e Obstétrica?
13. Para você, qual o nível de importância da Psicologia Perinatal e Obstétrica?
14. Você, enquanto profissional psicólogo(a), vê a necessidade da existência de uma especialização em Psicologia Perinatal e Obstétrica?

The background features a series of concentric, light-colored circles centered on the page. Overlaid on these are several abstract, organic shapes in shades of orange and light blue. Two small 'x' marks are positioned in the upper left and right areas, and a thin orange triangle is located to the right of the main title.

# **EMISSÃO DE OPERANTES ANTE A ESTIMULAÇÃO AVERSIVA: A VIVÊNCIA DO LUTO**

*Larissa Simão de Araújo  
Gina Nolêto Bueno*

**Resumo: Introdução:** Complexo é o estudo do padrão comportamental da pessoa que está lidando com o contexto de luto por um ente querido. Luto é um evento universal e notável que implica relevantemente na vivência de processos comportamentais públicos e privados, que impactam na condição de perda de diversos reforçadores. É basicamente uma resposta natural, gerada pelo estresse da perda, normalmente de uma pessoa. O amor e a perda experimentados são entendidos como variáveis antecedentes, o comportamento enlutado, a resposta e, por fim, o sofrer e a superação do luto, as consequências. Posto isso, o lidar com o luto comumente é considerado uma estimulação aversiva. **Objetivo:** Este trabalho objetivou investigar: (1) o comportamento enlutado em uma participante de 54 anos, na época do estudo; (2) verificar como a vivência do luto interferia na qualidade de vida dela; e (3) manipular variáveis causadoras e mantenedoras desse comportamento, para propiciar maior acesso a consequências reforçadoras. **Método:** Fez-se uso de um delineamento de linha de base simples, quando, para o seu cumprimento, foram conduzidas três fases: (1) triagem e seleção; (2) linha base simples; e (3) modificação comportamental. Fases essas conduzidas ao longo de 17 sessões. **Resultados:** Seus resultados apontaram que a alteração de contingências de alta magnitude, como o luto, é uma abordagem efetiva no processo terapêutico analítico-comportamental, isto é, favorecendo a alteração no padrão comportamental visando ao restabelecimento de contato com contingências reforçadoras disponíveis no ambiente. **Considerações finais:** Por fim, concluiu que a Análise do Comportamento é uma ciência robusta para o tratamento de temáticas como o luto, assim como apontou para a necessidade de mais estudos sobre essa temática, pela perspectiva analítico-comportamental.

**Palavras-chave:** Comportamento de luto. Contingência aversiva. Comportamento de fuga-esquiva. Supressão de reforçadores. Análise do comportamento.

**Abstract: Introduction:** Complex is the study of the behavioral pattern of the person who is dealing with the context of mourning for a loved one. Grief is a universal and notable event that significantly involves the experience of public and private behavioral processes, which imply the loss of several reinforcers. It's basically a natural response, generated by the stress of loss, usually in a person. The love and loss experienced are understood as antecedent variables, the bereaved behavior, the response and, finally, suffering and overcoming grief, the consequences. That said, dealing with grief is commonly considered an aversive stimulation. **Objective:** This work aimed to investigate (1) The bereaved behavior of a 54-year-old participant, at the time of the study (2) Verify how the experience of grief interfered with her quality of life (3) Manipulate variables that cause and maintain this behavior, to provide greater access to reinforcing consequences. **Method:** A simple baseline design was used, when, for its fulfillment, three phases were conducted: (1) Screening and selection, (2) Simple baseline and (3) Behavioral modification. These phases were conducted over 17 sessions. **Results:** Their results showed that changing contingencies of high magnitude, such as mourning, is an effective approach in

the behavioral-analytic therapeutic process, that is, favoring changes in the behavioral pattern aiming to reestablish contact with reinforcing contingencies available in the environment. **Final considerations:** Finally, he concluded that Behavior Analysis is a robust science for treating topics such as grief, as well as concluding the need for more studies on this topic, from a behavioral-analytic perspective.

**Keywords:** Mourning behavior. Aversive contingency. Escape-avoidance behavior. Suppression of reinforcers. Behavior analysis.

## 1. Introdução

Conforme Skinner (1953, p. 6) afirma em sua obra *Ciência e Comportamento Humano*: “Se quisermos desfrutar das vantagens da ciência no campo dos assuntos humanos, devemos estar preparados para adotar o modelo de comportamento de trabalho para o qual a ciência conduz inevitavelmente”. Assim, a Análise do Comportamento surge para levar adiante a visão de que o comportamento deve ser compreendido enquanto uma matéria altamente complexa por ser caracterizado como um processo e, além disso, por ocorrer de forma ordenada e determinada, aponta esse autor. Complexo, portanto, é também o estudo do padrão comportamental da pessoa que está lidando com o contexto de luto por um ente querido.

O luto é um evento universal e notável que reflete relevantemente na vivência de processos comportamentais públicos e privados, visto implicar na condição de perda de diversos reforçadores (Torres, 2010; Millazzo, 2022). O luto é basicamente uma resposta natural, gerada pelo estresse da perda, normalmente de uma pessoa (Parkes, 1996). É a demonstração do rompimento dos laços que as pessoas desenvolvem umas com as outras, ou seja, o sofrimento decorrente da morte de alguém querido. Esse sofrimento é igualmente proporcional à intensidade e profundidade do vínculo estabelecido com o falecido (Parkes, 1996; Torres, 2010).

Daí Hoshino (2006) pontuar que a perda de quem se ama gera sofrimento. O amor e a perda experimentados são, desse modo, entendidos como variáveis antecedentes, o comportamento enlutado, a resposta e, por

fim, o sofrer e a superação do luto, as consequências. Assim, ao se fazer uso do paradigma analítico-funcional proposto por Skinner (1953), é possível, ao se organizar o evento luto dentro da contingência de três termos (S = estímulo -R = resposta -C = consequência aversiva ou reforçadora), chegar à compreensão de que o comportamento culturalmente nomeado como luto é aquele apresentado diante da privação do estímulo reforçador que, normalmente, relaciona-se a um ente querido.

Visto que a vivência do luto é descrita como um estado de privação daquele que faleceu, sugere-se que os comportamentos apresentados, ante a perda, possam ser entendidos por meio de um dos princípios básicos do comportamento, a *extinção*, dado ser extinta uma contingência relevantemente reforçadora (Dillenburger; Keenan, 2001; Barbosa; Melchiori; Neme, 2011). Portanto, é comum observar um padrão recorrente de respostas públicas e privadas controladas por tal privação [e.g., choro, sonhos, lembranças, falas recorrentes sobre a pessoa falecida, alterações no sono, buscar pela pessoa e até chamar seu nome, como se viva estivesse] (Worden, 1988).

Em síntese, quando a condição luto é vivenciada, as contingências que antes operavam como reforçadoras entram em extinção, visto que o agente consequenciador já não pode responder, o que caracteriza a supressão do reforço. Portanto, uma condição altamente aversiva (Oliveira, 2016).

Então, Hünziker (1997) afirma que, à medida que o indivíduo é exposto ao que ele nomeia como eventos aversivos incontroláveis, passa a apresentar uma insensibilidade aos reforçadores que antes mantiveram seus comportamentos. Isto é, eventos altamente aversivos podem mudar o poder e/ou efeito reforçador de determinadas consequências. Tal como uma pessoa que experimenta a morte de um ente querido, com quem descrevia ter uma relação de alto valor reforçador, ao vivenciar o fim definitivo do contato com esse ambiente (pessoa falecida), fica, desse modo, sob o controle da remoção repentina de contingências reforçadoras que previamente eram liberadas pela relação estabelecida (Hünziker, 1997). Posto isso, o lidar com o luto comumente é considerado uma estimulação aversiva.

Assim é que, diante de estímulos aversivos e/ou punição, é comum que o organismo apresente comportamentos de *fuga* e de *esquiva* (e.g.,

dedicar-se a horas intensas de repouso, ocupar-se com atividades de baixa necessidade, a fim de evitar o contato com o mundo real), logo, o comportamento de esquivar-se de emoções é bastante usual em situações de luto (Oliveira, 2014; Moreira; Medeiros, 2019). Posto isso, entende-se que a fuga e a esQUIVA ocorrem devido à estimulação aversiva constante que impossibilita ao indivíduo enlutado entrar em contato com emoções intensamente dolorosas (Oliveira, 2014). Portanto, há de considerar que comportamentos de fuga e esQUIVA podem surgir mais intensamente quando há uma perda súbita de reforçadores, o que pode ser observado no luto.

A perda repentina de reforçadores pode ser considerada um processo de extinção que pode levar a graves consequências, como *frustração*, *comportamentos agressivos* e *variabilidade comportamental* (Dougher; Hackbert, 2003; Skinner, 1974; Antonitis, 1951). Quando ocorre a extinção, há também a perda de confiança, de certeza e/ou de sensação de poder por parte do indivíduo que não tem mais seu comportamento reforçado, levando-o a experienciar sentimentos de desinteresse, desapontamentos, desencorajamento, impotência e até a uma possível depressão profunda (Skinner, 1974). Por outro lado, grande parte dos indivíduos que possuem repertórios adequados para lidar com esse contexto podem alcançar novas fontes de reforço, cujo objetivo é suprir sua perda (Dougher; Hackbert, 2003).

Assim, aqueles que não dispõem de outras agências reforçadoras, a não ser aquela que se torna inacessível, não emitem comportamentos alternativos aptos a gerar mudanças no ambiente, não sendo possível promover o contato, dessa maneira, com novas contingências reforçadoras (Hünziker, 1997). Visto isso, Skinner (1974), metaforicamente, compara o desejo e a esperança com o tiro ao alvo, ao afirmar que ambos se relacionam intimamente com a carência de repertório apropriado, pois cada um deles se finda diante do início da ação. Apesar disso, ilustra “O amante nos braços de sua amada não se liberta instantaneamente da carência e necessidade dela, mas não está mais sentindo sua falta, nem anelando ou ansiando por ela” (Skinner, 1974, p. 47).

Logo, o cenário daquele que se encontra em luto é, em parte, semelhante, pois há uma necessidade que pode ser emocional, social e/ou

psicológica, não mais suprida, mas que, diante de repertório apropriado, pode ser transposta. Dito isso, essa necessidade e movimento rumo à adaptação pode ser observada nos cinco estágios propostos por Kübler-Ross (1969) e Kübler-Ross e Kessler (2005).

Em seus estudos, Kübler-Ross (1969) apontou cinco fases compondo a condição de luto: *negação*, *raiva*, *barganha*, *depressão* e *aceitação*. Conforme o proposto pela autora, a *negação*, primeira das cinco fases, costuma ser breve, porém, pode ocorrer ressurgência. Esse estágio é caracterizado por um estado de paralisia e dormência (Kübler-Ross; Kessler, 2005). Nesse período, destacam também, a pessoa não nega a morte real, mesmo que frases como “eu não posso acreditar que ele está morto” sejam comuns. A função desse padrão comportamental é observada como uma maneira de auxiliar o indivíduo no enfrentamento, assim como no controle dos sentimentos de pesar, frequentes nesse estágio, apontam. Tal processo é importante, visto que é comum que a pessoa que o vivencia se pergunte com frequência *se pode*, *como pode* e *se deve seguir a vida*, dado não lhe fazer mais sentido (Kübler-Ross; Kessler, 2005).

Todavia, quando a manutenção da *negação* se torna inviável, a resposta emocional *raiva*, segunda das fases do luto, é observada (Kübler-Ross, 1969). Nessa fase, são recorrentes relatos de *raiva*, *revolta*, *inveja* e *ressentimento*, salienta. Muitas vezes, tais respostas emocionais manifestam-se da falta de controle situacional experimentada pelo indivíduo enlutado, salienta a autora. A *raiva* apresentada pode ser direcionada à pessoa falecida, às circunstâncias, a médicos, à própria pessoa, dentre outros, uma vez que não necessariamente precisa ser racional (Kübler-Ross; Kessler, 2005). Ainda que a compreensão da *raiva* aponta ser uma resposta natural à injustiça sentida diante da perda, nesse contexto, e com esse padrão comportamental, destacam Kübler-Ross (1969) e Kessler e Kübler-Ross (2005), qualquer ordem de relacionamento com essa pessoa se torna desafiadora.

*Barganhar* é uma classe de resposta apontada por Kübler-Ross (1969) como compondo a terceira fase do luto. De acordo com seus estudos, a *barganha* é como uma trégua temporária (Kübler-Ross, 1969; Kübler-Ross; Kessler, 2005). Nessa fase, a culpa e o desejo de voltar no tempo e

ter a vida de antes são recorrentes (Kübler-Ross; Kessler, 2005). Um relato verbal que alcança destaque e recorrência nessa fase é *e se ou se apenas*, o que propicia ao indivíduo o contato com possíveis falhas em seu próprio comportamento, advertem. Em síntese, pontuam, é uma tentativa de negociar a saída da dor, em que o indivíduo faz de tudo para não sentir a perda e, desse modo, se prende ao passado.

Em seguida, há a fase da *depressão*, em que há um forte encontro com a realidade (Kübler-Ross, 1969). A pessoa enlutada, e que tanto lutou por uma mudança de cenário na fase anterior, agora aceita que não há nada que possa fazer, e que todos os seus esforços não resultaram em nada: a realidade não pode ser mais negada, destaca a autora. Daí passa a se questionar se irá experimentar algo novo ou se passará todos os seus dias do modo como se sente nessa fase de seu luto (Kübler-Ross; Kessler, 2005). É quando se observa mais evidentemente a tristeza presente desde as fases iniciais, salientam os autores.

Por fim, há a *aceitação*, comumente vista como a última fase (Kübler-Ross, 1969). Sua ocorrência requer o transcurso de tempo, assim como apoio e estrutura para que o indivíduo a experiencie. Nessa etapa, a raiva e depressão já não estão mais presentes, contudo, não se deve confundir a ausência desses sentimentos com felicidade, salientam. Esse momento é aquele em que a pessoa enlutada aceita e reconhece a permanência e a irreversibilidade de sua realidade, ou seja, a morte de seu ente querido (Kübler-Ross; Kessler, 2005). Com isso, fica evidente que essa última fase é produto de um conformismo, mas também de um desgaste (Kübler-Ross, 1969). Posto isso, vale destacar que essas fases não necessariamente serão vividas de forma sequenciada. Pois, a vivência do luto, assim como a forma como cada organismo lida com situações diversas ao longo de sua vida, tem ligação com a sua história de aprendizagem, meio no qual se desenvolvem as regras e autorregras.

Nesse sentido, apesar de as pessoas enlutadas apresentarem com frequência determinadas características ante a perdas significativas, não há um jeito adequado de vivenciar o luto (Nascimento; Nasser; Amorim; Porto, 2015). Apesar disso, terapeuta e cliente devem, conjuntamente, considerar pontos, como: intensidade, magnitude e frequência dos comportamentos

emitidos pelo indivíduo enlutado, a fim de buscarem identificar as variáveis que possam indicar complicações futuras na vivência desse processo (Milazzo, 2022).

Tendo isso pontuado, Nascimento *et al.* (2015) apontam ser possível conduzir o trabalho terapêutico para que este seja realizado de forma a levar a pessoa enlutada a discriminar as possíveis respostas apresentadas a partir desse evento e operacionalizá-las, quando então se espera a adequação de suas respostas emocionais e comportamentais conforme a idiosincrasia do sujeito e sua vivência do luto. Posto isso, reconhece-se que a Análise do Comportamento é apropriada para lidar com pessoas com tal demanda. Ela estabelece-se com a perspectiva de análise e de mudança das contingências derivadas de uma alteração no ambiente de magnitudes as mais diferenciadas, tal como a contingência aversiva produzida pela condição de luto, destacam os autores.

## 2. Objetivos

O presente estudo teve como objetivo investigar e descrever o comportamento enlutado apresentado por um participante adulto – uma mulher de 54 anos, na época do estudo –, a fim de verificar como a vivência dessa contingência, luto, interferia na qualidade de sua vida. Objetivou-se também manipular variáveis ambientais desse padrão de comportamento, com a finalidade de avaliar os efeitos da tecnologia comportamental na promoção do autoconhecimento dessa pessoa, e seu processo de luto, e, a partir daí, favorecer a instalação de repertórios favorecedores ao acesso de consequências reforçadoras.

## 3. Metodologia aplicada

### 3.1 Participante

Helena (nome fictício), 54 anos, casada, terceira filha de uma prole de cinco filhos, professora aposentada, inscreveu-se, voluntariamente, por meio eletrônico, para ser assistida psicologicamente na Clínica-Escola de

Psicologia da Instituição de Ensino Superior - IES onde este estudo foi conduzido. Sua inclusão deu-se pela queixa e demanda por ela apresentada: luto vivenciado pela morte recente da mãe.

*Crítérios de inclusão* – (a) Possuir idade acima de 18 anos; (b) estar disponível para participar das atividades de pesquisa no período matutino; (c) ter disponibilidade para um encontro semanal; (d) procurar atendimento psicoterápico em Clínica-Escola de Psicologia, vinculada a uma Instituição de Ensino Superior - IES; (e) inadaptação à contingência de supressão de reforçadores vigorosos, em função de luto; e (f) estar em concordância com a metodologia aplicada pela Análise do Comportamento, base para este estudo.

*Crítérios de exclusão* – (a) Discordar em participar do estudo; (b) não autorizar a gravação das sessões; (c) opor-se à tecnologia analítico-comportamental; (d) não cumprir com as atividades propostas pelo estudo.

### 3.2 Ambiente e materiais

As sessões deste estudo foram conduzidas em um consultório padrão, estruturado segundo as normas do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Regional de Psicologia, 9ª Região, instalado na Clínica-Escola de Psicologia vinculada à IES sede deste. Para sua condução, foram utilizados materiais didático-pedagógicos (e.g., lápis, borracha, caneta, folhas de papel A4, prancheta, pastas elásticas opacas, envelopes na cor rosa e cartões feitos de papel na cor branca, assim como gravador de voz de celular Samsung A11, *notebook* Sony Vaio i5, impressora Samsung ML-1676).

Para o início do estudo, utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, com o qual foram explicitados os objetivos do estudo, sua metodologia analítico-comportamental, os benefícios, os riscos possíveis e as indicações para seu tratamento, além de apontar o assentimento e o compromisso ético quanto ao sigilo sobre a identidade da participante, assim como dela buscou-se seu assentimento para o uso de gravador de áudio durante as sessões e para divulgação dos dados obtidos em eventos científicos, de forma impressa ou oral, parcial ou total.

Com a finalidade de proceder com a coleta de dados a respeito da história de vida da participante, assim como das variáveis que causavam e

que mantinham o comportamento-problema identificado, foram utilizados os seguintes instrumentos: (a) Questionário de História Vital - QHV (Lazarus, 1975), composto por 94 questões de autorrelato, abertas, semiabertas e fechadas, distribuídas em 13 subseções, para investigação de sua história de vida pré e pós-natal; (b) Diário de Registro de Comportamentos - DRC (Bueno; Britto, 2003), cujo objetivo é levar a pessoa a se monitorar, extra-setting clínico/pesquisa; (c) Quadro de rotina diária (Bueno; Britto, 2003), com a finalidade de verificar como era a rotina da participante e como havia sido a rotina com a mãe ainda viva, a fim de identificar alteração em sua rotina após o falecimento da matriarca.

Este estudo utilizou-se também do (d) Inventário de Habilidades Sociais - IHS2-Del-Prette (Del Prette; Del Prette, 2018), composto por 38 itens, classificados em cinco fatoriais. Cada item apresenta a descrição de situações específicas de relação interpessoal, bem como o comportamento emitido diante da situação, assim como requer a frequência de ocorrência do comportamento apresentado. Esse instrumento foi aplicado com o objetivo de pesquisar dados relativos às habilidades sociais da participante e, desse modo, identificar déficits e/ou excessos para melhor construção do programa de modificação comportamental.

Este estudo também fez uso da (e) análise funcional (Skinner, 1953), com a finalidade de se compreenderem as contingências que operavam, bem como a função dos comportamentos emitidos pela participante. Outro instrumento usado por este estudo foi a (f) entrevista de avaliação funcional de O'Neil *et al.* (1997), adaptada seguindo procedimentos aplicados por Bueno e Britto (2013) encontrado na obra *Functional Assessment and Program Development for Problem Behavior: A Practical Handbook*, com o propósito de oportunizar o conhecimento dos antecedentes e consequentes ligados ao comportamento selecionado.

### 3.3 Procedimentos

O presente estudo teve seu projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

- PUC Goiás, sob o número de protocolo CAAE 38196214.9.0000.0037. Sua condução se deu ao longo de 17 sessões, com a participante Helena, com encontros semanais, de duração de 50 minutos cada. Compreendeu-se por delineamento de linha de base simples, conduzido em três fases: triagem/seleção, linha de base e modificação comportamental.

*Fase de Triagem e Seleção* – A participante foi selecionada a partir da análise da lista de candidatas a atendimento psicológico disponibilizada pela Clínica-Escola de Psicologia. Buscaram-se candidatos com idade acima de 18 anos, do sexo feminino, que correspondessem a todos os critérios de inclusão definidos por este estudo, considerados também os critérios de exclusão. O contato com a participante se deu pelo telefone da Clínica-Escola de Psicologia da IES, sediadora deste estudo, quando foi convidada a comparecer ao primeiro encontro, cujo objetivo foi o de identificar o comportamento-alvo por ela apresentado (e.g., dificuldade de adaptação à contingência de supressão de reforçadores vigorosos, em função de luto), bem como a promoção de uma descrição e avaliação de tais comportamentos, visando ao delineamento de um programa de modificação comportamental, embasado na Análise do Comportamento.

Essa fase ocorreu na 1ª sessão deste estudo, quando se realizaram o acolhimento e a entrevista clínica para identificação das queixas e demandas que a impeliram a buscar atendimento psicológico. Nela também foi apresentada a metodologia de atuação da Análise do Comportamento Aplicada, feito o contrato terapêutico, com o qual foram especificados os direitos e deveres da díade: participante e pesquisadora/terapeuta.

Seguidamente, foi exposto e lido o TCLE, quando houve abertura para a retirada de dúvidas. Assinadas as vias desse documento, a partir desse momento, as sessões passaram a ser gravadas. Ao término desse encontro foram instruídas atividades a serem realizadas em casa como exemplares de DRCs, com o objetivo de levar a participante a automonitorar-se extra-*setting* clínico/pesquisa. A participante foi instruída a registrar seus comportamentos sempre que experienciasse emoções relevantes, fossem elas positivas ou negativas; QHV, para investigação da história de vida pré e pós-natal. A participante foi instruída, ainda na 1ª sessão, a manusear

reservadamente o QHV, a fim de preservar sua história de vida. Além disso, Helena foi orientada a registrar, ao lado de cada pergunta respondida, as emoções experienciadas. Em caso de dúvidas quanto às respostas, deveria recorrer, sem informar a motivação, às pessoas que pudessem a auxiliar a acessar informações faltosas.

*Fase de Linha de Base Simples* – Essa segunda fase do estudo ocorreu entre a 2ª e a 13ª sessão. A finalidade dessa fase foi pesquisar, observar e registrar a ocorrência dos comportamentos-alvo (e.g., dificuldade de adaptação à contingência de supressão de reforçadores vigorosos, em função de luto). Essa etapa se deu por meio dos seguintes procedimentos: (a) Questionário de História Vital - QHV. Tal instrumento foi utilizado continuamente até a 5ª sessão, e resgatado sempre que foi necessário, em sessões posteriores. Outro instrumento também utilizado durante este estudo foi o (b) DRC.

Ainda na fase de linha de base foi utilizado o (c) Quadro de rotina diária, com o intuito de averiguar como era a rotina da participante antes e após o falecimento da mãe, a fim de identificar alterações em sua rotina após o seu falecimento. Desse modo, instruiu-se, no 2º encontro, a participante a realizar um diário referente à rotina que seguia, quando sua mãe ainda estava viva, bem como sua rotina atual, após o falecimento de sua mãe. A rotina intitulada como *mãe viva* foi dividida nas seguintes categorias: repouso (e.g., estar dormindo); pessoal (e.g., café da manhã, assistir à TV, cuidados com a horta, a casa e organização para viagem sem a companhia da mãe); cuidados com a mãe (e.g., higiene e administrar remédios à mãe, lanches, assistir à TV, artesanato, organização da casa, na companhia da mãe, levá-la às consultas médicas); família nuclear (e.g., viagem, assistir à TV, refeições e conversas).

Já o registro realizado referente à rotina pós-morte, intitulado como *após o falecimento da mãe*, foi organizado nas seguintes categorias: repouso (e.g., dormir de noite ou de dia); pessoal (e.g., refeições sem companhia, cuidados com a casa, artesanato, fazer compras, assistir à TV sozinha e organização para viagem); família nuclear (e.g., viagem, assistir à TV, refeições e conversas presenciais ou por meio de ligações). Além do quadro de rotina, para coletar mais informações a esse respeito, no 8º encontro, a participante

foi instruída a produzir, com o suporte de lápis de cor, dois gráficos: um representou a atual rotina e o outro, sua rotina quando cuidava de sua mãe.

Já a (d) aplicação do IHS2-Del-Prette se deu no 9º encontro. A participante foi instruída a responder, de acordo com a escala de frequência, às 38 afirmativas. E, após conhecido o seu resultado, foi aplicado, na 10ª sessão, o procedimento de hierarquização dos resultados deficitários identificados, ou seja, inferiores à mediana 50, de acordo com o protocolo produzido por Lêdo e Bueno (2011). O objetivo foi obter dados básicos para o delineamento do programa de modificação comportamental com foco nas habilidades sociais deficitárias.

Este estudo utilizou-se também de (e) análises funcionais, com a finalidade de se compreenderem as contingências que operavam, bem como a função dos comportamentos emitidos pela participante. O uso dessa ferramenta se deu ao longo de todo o estudo, sendo aplicada aos registros disponibilizados pela participante. Já na 11ª sessão foi aplicada a (f) entrevista de avaliação funcional de O’Neil *et al.*, adaptada para este estudo, com a finalidade de pesquisar os antecedentes e consequentes dos comportamentos-alvo selecionados.

Concluída tal pesquisa, foram selecionadas as respostas da 3ª questão “O comportamento de choro e/ou rebaixamento do humor devido à perda da mãe é afetado se:”, a partir das quais se fez uso de uma hierarquia arbitrária com relação ao nível de afetamento que determinados eventos causavam na ocorrência de seu comportamento-problema. O número 1 referiu-se ao nível mais intenso e o 3 ao menos intenso. A aplicação desse procedimento estendeu-se do 11º ao 13º encontro desta segunda fase do delineamento aplicado.

*Fase de Modificação Comportamental/Procedimentos* – A terceira fase do estudo, ocorrida entre a 14ª e a 17ª sessão, objetivou a modificação comportamental por meio de intervenções nas variáveis ambientais.

*Cartas não enviadas à mãe falecida* – Na 14ª sessão foi aplicado o procedimento cartas não enviadas, de acordo com procedimento descrito por Kazantzákis (1991), com a finalidade de motivar a participante a “dialogar” com sua mãe e a ela explicar os efeitos de sua morte. Inicialmente, a

participante foi instruída a assumir o papel de remetente (dela para a mãe). Tarefa produzida como atividade para casa. Na sessão seguinte (15ª sessão), essa carta foi trabalhada no *setting* clínico, segundo o protocolo aplicado por Bueno (2002), sob relaxamento passivo, de acordo com Vera e Vila (1999) e, ao final desta, foi conduzido questionamento objetivando saber se a participante desejava ampliar seu diálogo com a mãe, assim como identificar novas discriminações advindas desse encontro encoberto.

Ao término dessa sessão, a participante foi instruída a assumir o papel de destinatária (da mãe para ela) e responder à primeira carta, igualmente como atividade de casa. Na 16ª sessão essa segunda carta foi também trabalhada seguindo igual procedimento aplicado com a primeira carta, sessão em que foi solicitada a terceira carta. Na 17ª sessão a terceira carta não foi trabalhada devido à dificuldade da participante em produzi-la.

*Identificar rotina diária antes e após o falecimento da mãe* – Com a finalidade de identificar o entendimento da participante a respeito da rotina que cumpria, diariamente, por categorias e horas consumidas, quando sua mãe estava sob seus cuidados e as alterações observadas após o falecimento da mãe, foram-lhe apresentados, na 15ª sessão, os dados representados na Figura 2. A imagem foi organizada com os dados da linha de base, obtidos por meio do diário Quadro de rotina diária, e os gráficos desenhados manualmente pela participante, no 8º encontro (fase de linha de base).

Os dados foram distribuídos em dois grupos: (a) quando cuidava de sua mãe; e (b) após o falecimento de sua mãe. Ao considerar os dados coletados por meio do desenho, não foi categorizado o repouso, visto que nessa atividade tal dado não foi informado. Logo, os dados foram distribuídos pelas seguintes categorias de ocupação: (1) horários das atividades, a partir de seu despertar até o momento de seu repouso noturno; (2) atividades com a mãe; (3) atividades com a própria participante; (4) atividades com familiares nucleares; (4) outras atividades. Esse resultado considerou as horas, por categorias, convertidas em um gráfico de barras, apresentados com o uso da ferramenta Excel® (Figura 2). A segunda finalidade dessa atividade foi favorecer à participante discriminar o *modus operandi* de sua vida quando das duas condições (mãe viva; mãe falecida).

*Ensinar alguns dos princípios básicos da Análise do Comportamento* – Esse procedimento foi conduzido na 15ª sessão. O seu objetivo foi favorecer a instalação do comportamento cômico com relação às suas interações com o ambiente, ou seja, favorecer o aumento ou a redução da frequência ou até mesmo a extinção de comportamentos específicos. Com o uso do *notebook* e da ferramenta Power Point®, foi-lhe apresentada uma microaula com conceitos básicos/exemplo sobre essa temática, como descrita no Quadro 1, a seguir.

**Quadro 1** - Microaula sobre alguns dos princípios da Análise do Comportamento

<i>Reforço</i> – É o que ocorre depois do comportamento que faz com que ele aumente de frequência (Millenson, 1967).
<i>Reforço é positivo</i> quando algo novo entra no ambiente, por exemplo um elogio (Skinner, 1953). Por exemplo: quando a professora de artesanato elogiou o seu trabalho realizado, quando, inclusive, o fotografou. Essa foto passou a compor o perfil do grupo de artesanato.
<i>Reforço negativo</i> , quando algo de ruim e/ou incômodo é retirado do ambiente. Exemplo: quando você entra no quarto de sua mãe, lembra-se dela, sofre. Para e envolve-se em outras atividades.
<i>Comportamento de Fuga</i> – É mantido com base no princípio do reforço negativo. Logo, para que ele ocorra é necessária a presença de alguma estimulação aversiva, ou seja, algo que lhe traga incômodo ou sofrimento. Quando em contato com algum estímulo aversivo, o indivíduo com ele interage.
<i>Comportamento de Esquiva</i> – Implica o comportamento que busca evitar o contato com o estímulo aversivo, por gerar incômodo e sofrimento (Moreira; Medeiros, 2019). Por exemplo: quando evita participar de encontros familiares, por saber que a ausência de sua mãe ali vai lhe gerar tristeza e sofrimento.
<i>Intervenção requerida após a aplicação dessa microaula</i>
A participante foi estimulada a identificar e listar atividades que lhe proporcionassem reforçadores idiossincráticos a ela para, então, fazer uso deles em seu dia a dia, cuja atividade passaria a ser avaliada em todas as sessões seguintes, por meio de seus registros nos DRCs.

Fonte: Dados apresentados e coletados durante a sessão 15.

*Lista para autorreforçamento* – Essa atividade foi instruída na 15ª sessão após a educação sobre os princípios básicos, com o objetivo de oportunizar, à participante, o maior acesso a reforçadores em sua rotina diária. Para isso, foi-lhe instruído que selecionasse, dentre os reforçadores da lista criada por ela, diariamente, ao menos três deles para executar ao longo do dia, autorreforçando-se. Ela também foi orientada para que ocorresse imediatamente após sua liberação.

#### 4. Resultados

Os dados deste estudo, resultado da aplicação de um delineamento de linha de base simples, conduzido ao longo de três fases (triagem/seleção, linha de base e modificação comportamental), são apresentados de forma quanti-qualitativa e exploratória. O primeiro desses dados refere-se às queixas e demandas oriundas da pesquisa conduzida na fase de triagem e seleção.

*Queixas e demandas* – Na 1ª sessão da fase de triagem e seleção, durante entrevista clínica, Helena apontou como queixa explícita sua inadaptação à contingência de supressão de reforçadores vigorosos, em função da morte de sua mãe. E, como *demanda*, salientou o desejo de alcançar recursos para lidar com a contingência de sua vida atual, quando destacou:

[...] a perda dela foi uma coisa muito forte, embora a gente fala, a gente sabe, ela já tinha 85 anos, 86 na verdade, a gente sabe que o caminho é esse né... que ela já tinha idade, que ela já tinha uma série de problemas de saúde. Mas, tanto para mim quanto para os meus irmãos, parece que não era. Ela já havia passado por tanta coisa mais difícil. Eu acho que a gente achou tantas vezes que ‘agora minha mãe morre’ e não morreu... então, dessa vez, a gente não tinha se preparado pra que ela morresse, porque ia ser algo muito simples a cirurgia [...] (Helena, 2022, 1ª sessão).

No Quadro 2, apresentado a seguir, estão descritos eventos relevantes de sua história de vida, consideradas as fases de desenvolvimento humano, obtidos tanto com a coleta de informações por meio de entrevistas clínicas, quanto das respostas de Helena no QHV.

**Quadro 2** - História de vida de Helena, de acordo com dados por ela verbalizados

Infância – 0 a 11 anos
Gestação normal. Saúde excelente. Terceira filha de uma prole de cinco. Seu pai era sistemático, calado, companheiro, trabalhador. Apesar de severo, era muito próximo, carinhoso e sempre atento à família. Sua mãe tinha forte ligação com Helena. Era amorosa, alegre e afetuosa. Castigava os filhos com proibições e, de forma esporádica, com varadas. Contudo, com pouca rigidez. Helena conviveu bem com os irmãos e pais. A atmosfera familiar era calorosa, com demonstrações de amor e cobranças de respeito. Pontuou que este amor e cuidado era evidenciado na atenção constante aos detalhes, em que não era preciso comunicar as necessidades, pois eram notadas apenas pelos comportamentos emitidos por qualquer um deles. Os pais, apesar de religiosos protestantes, renunciaram a muitos preconceitos, o que favoreceu a que seus filhos fizessem coisas que eles não aprovavam (e.g., ir a festas, dançar), dada a religião. Decisão essa que gerou muitas críticas por parte dos tios, que sempre queriam opinar na criação de Helena e de seus irmãos. Helena pontuou que a questão de morarem no mesmo lote onde residiam seus avós, oportunizou certa liberdade para que os tios acreditassem poderem tomar decisões sobre o coletivo, assim como intervir na educação dos sobrinhos.
Adolescência e Adulto Jovem – 12 a 21 anos
Sempre se considerou chorona, contudo, afirmou que, a partir da metade da adolescência, observou o início de seu comportamento ríspido. Alegou que aprendeu esse comportamento ao observar em seus pais e avós um padrão comportamental de passividade e permissividade, pois não impunham limites. Logo, assumiu essa postura para defender seus pais e avós das pessoas que queriam se aproveitar deles, em especial seus tios. Aos 18 anos, tornou-se professora do Ensino Fundamental Básico, momento em que esse comportamento se intensificou, dada a necessidade de ser “firme” com os alunos.

#### Adulta – 22 a 54 anos

Helena morou na mesma casa que a mãe até se casar, aos 23 anos. Sua nova casa também foi construída na mesma área em que estava a casa de sua progenitora e de sua avó. Aos 28 anos, seu pai faleceu, quando Helena e sua mãe passaram a morar na mesma casa. Apesar de morarem juntas, sua mãe dormia com a avó para proceder com os cuidados necessários. Nessa época, Helena dispensava cuidados com ambas (e.g., levá-las a consultas médicas, etc.), ações ocorridas até o falecimento delas. Ainda que seus irmãos sempre se disponibilizaram a auxiliá-la. Conforme relatado pela participante, isso se deu, dada a confiança de sua mãe ser exclusiva nela. Apesar disso, não se considerava tão próxima da avó. Aos seus 44 anos, sua avó faleceu, aos 101 anos e 6 meses. Aos 50 anos, aposentou-se da profissão de professora para cuidar integralmente da mãe que, dado os vários episódios de pequenos derrames cerebrais, passou a convulsionar, além de depender de auxílio para realizar atividades básicas do dia a dia. Aos 53 deixou a mãe aos cuidados da filha mais velha, que residia no mesmo lote, e voltou ao serviço de professora, quando, em menos de dois meses, iniciou-se a pandemia por Covid-19 e passou a trabalhar em sistema remoto. Aos 54 anos, diante da possibilidade de retorno às aulas presenciais, para preservar a saúde de sua mãe, optou pelo distrato. Logo após, transferiram residência temporária para a chácara da família, momento que coincidiu com o falecimento da matriarca, por choque hipovolêmico, como consequência desencadeada por uma cirurgia de fêmur.

Fonte: Dados coletados com aplicação do QHV e oriundos dos relatos durante as sessões.

Por meio do registro em DRCs, foi possível conduzir análises funcionais de eventos relevantes ocorridos com Helena, como demonstrado no Quadro 3, a seguir, referentes à fase de linha de base.

**Quadro 3** - Análises funcionais de eventos coletados na fase de linha de base

Antecedente	Resposta (s)	Consequente	Intensidade da emoção*
Na chácara com o esposo. Dia do aniversário dela e de 8 meses da morte da mãe.	<i>Privada</i> – Pensou: “É meu primeiro aniversário sem a minha mãe aqui.” <i>Pública</i> – Chorou.	Ficou triste por um tempo, mas logo buscou se distrair com outras atividades.	Tristeza - 3 (muito)
Sozinha em casa, organiza documentos	<i>Privada</i> – Pensou: “Ler o atestado de óbito é como reviver todos os passos vividos naquele	Rapidamente foi realizar o registro no DRC e, em seguida,	Tristeza - 3 (muito)
necessários para o inventário, inclusive a certidão de óbito da mãe.	dia em que mamãe passou mal e faleceu.” <i>Pública</i> – Chorou copiosamente.	foi limpar a casa para se desviar das lembranças.	
Na chácara, com familiares.	<i>Privada</i> – Pensou: “A última vez que meu irmão esteve aqui com a família, minha mãe estava presente e muito feliz. Como sinto saudades dela!” <i>Pública</i> – Conversou; cuidou dos afazeres.	Todos permaneceram em suas atividades e não notaram nenhuma alteração de emoção nela. Ela: O sentimento passou com o tempo e afazeres.	Tristeza - 2 (moderado)
A família reunida (irmã, filha e genro), na casa de Helena, conversando sobre eventos que envolviam a presença da matriarca, agora falecida.	<i>Privada</i> – Lembrou-se de quantas vezes ambas estiveram juntas. Sentiu aperto no peito; saudades. <i>Públicas</i> - Mudou de assunto.	Ficou entristecida. Os familiares presentes ficaram comovidos.	Saúde - 3 (muito)

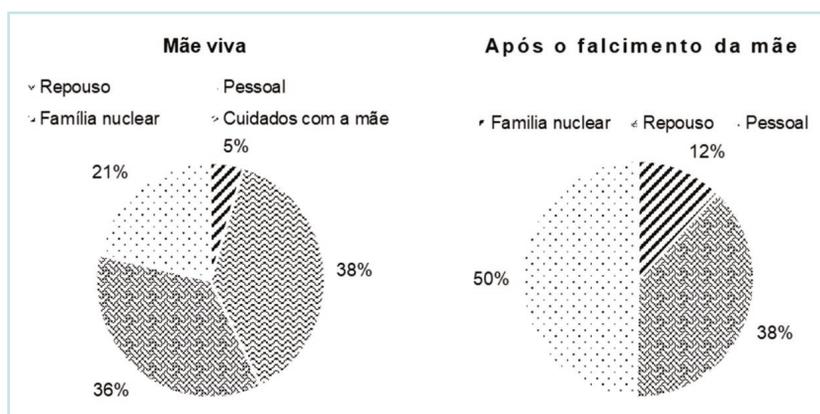
Antecedente	Resposta (s)	Consequente	Intensidade da emoção*
Sozinha em casa, navega pelo Facebook e vê um vídeo do ator Murilo Benício falando sobre as pessoas que perderam suas mães.	<i>Privada</i> – Pensou: “Eu compartilho do que ele sente em desejar apenas mais 5 minutos com a mãe, ter um último abraço.” <i>Pública</i> – Chorou intensamente.	Ficou extremamente triste.	Tristeza - 4 (extremo)
Sozinha em casa, pois o marido havia ido para a chácara.	<i>Privada</i> – Pensou: “Como é difícil não ter minha mãe aqui. Eu fico um pouco perdida sem ela.” <i>Pública</i> – Chorou; assistiu à TV.	Sentiu-se, após um tempo, mais calma.	Saúde - 3 (muito)
Sozinha. Organizando as malas.	<i>Privada</i> – Pensou: “Essa era a viagem que faria com mamãe em dezembro. Como sinto saudades! Mas vou me desviar desses pensamentos.” <i>Pública</i> – Continuou arrumando a mala.	Ficou tranquila	Saúde - 3 (muito)

\* Nível de intensidade da emoção, a partir de escala arbitrária: 1 = pouca; 2 = moderada; 3 = muito; 4 = extrema.

Fonte: Dados coletados durante os relatos verbais nas sessões e oriundos de registros nos DRCs.

*Resultado quadro de rotina diária* – No Gráfico 1, a seguir, são apresentados dois resultados: (i) como o tempo da participante era ocupado quando de sua mãe viva; e (ii) alterações observadas após seu falecimento. Esses dados foram coletados por diários de registros específicos (Quadro de rotinas), nos quais ela registrou, hora a hora, as atividades que realizava.

**Gráfico 1** - Horas de ocupação semanal de Helena antes e após a morte da mãe

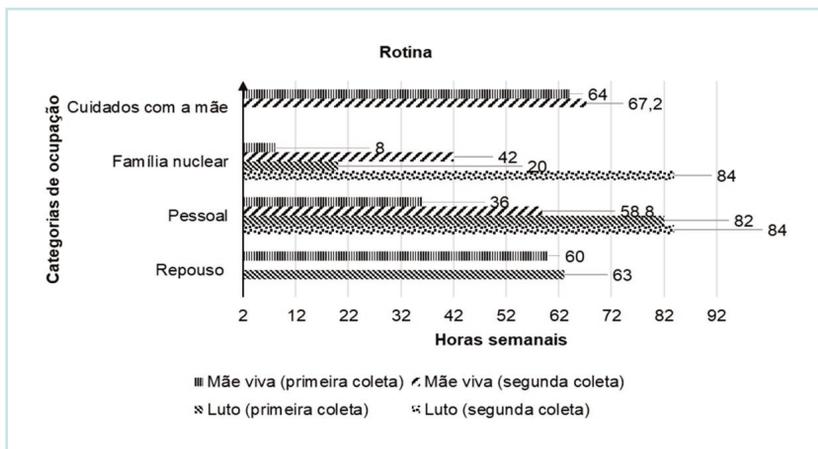


Fonte: Dados coletados durante as sessões conduzidas, por meio de relatos verbais de Helena.

Por meio do diário quadro de rotinas foi possível identificar a rotina de Helena antes (*mãe viva*) e após sua morte (Gráfico 1). A partir dessa figura, observa-se que a participante ocupava 38% das 168 horas semanais com os cuidados com a mãe; 36% delas com o seu repouso, 21% com os cuidados pessoal e 5% destinados à interação com sua família nuclear. Porém, após a morte de sua mãe, as 24 horas do dia passaram a ser assim ocupadas: 50% aos afazeres pessoais (e.g., refeições sem companhia, cuidados com a casa, artesanato, assistir à TV sozinha e organização para viagens), 38% ao repouso noturno e 12% na interação com seu marido e filho. O contato com a família nuclear ocorria de forma presencial ou virtual.

*Identificar rotina diária antes e após o falecimento da mãe* – Na 15ª sessão, a pesquisadora apresentou a Helena um quadro de horas (Gráfico 2), com os dados de sua antiga e da atual rotina, coletados por meio do diário de registro Quadro de rotina diária, em que são nomeados como Mãe viva (primeira coleta) e luto (primeira coleta), bem como os dados dos gráficos por ela desenhados na 8ª sessão (Gráfico 1), aos quais são nomeados Mãe viva (segunda coleta) e luto (segunda coleta). De acordo com os dados apresentados no Gráfico 2, Helena acreditava que na rotina que realizava quando ainda da mãe viva (Mãe viva – segunda coleta), passava 42 horas semanais com sua família nuclear, quando, na verdade, os dados obtidos por meio de seus registros evidenciaram que ela disponibilizava apenas 8 horas.

**Gráfico 2** - Quadro de horas apresentado em sessão



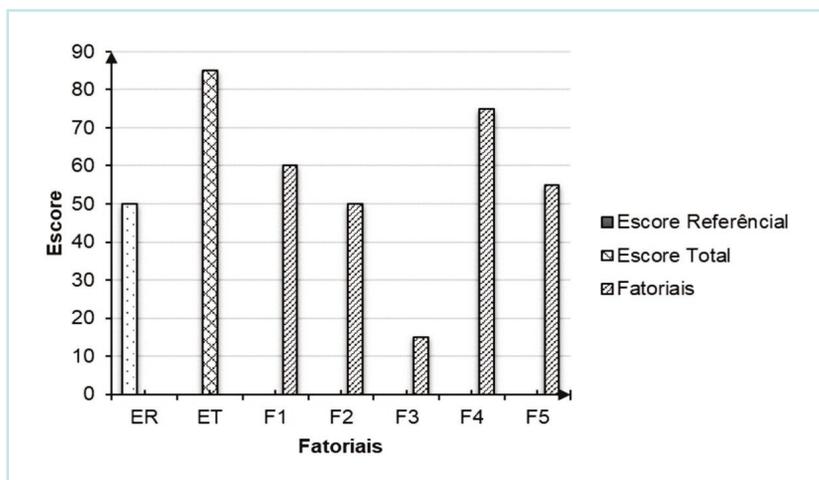
Fonte: DRCs feitos por Helena, entregues durante a sessão.

Ainda por meio do Gráfico 2, pode-se observar que, na rotina de luto, Helena acreditava passar ou estar em contato com a família 84 horas semanais, quando, ao serem computados os registros realizados no Quadro

de rotina diária, ficou evidente que a eles disponibilizava apenas 20 horas semanais. Na coluna *pessoal* da Mãe viva (segunda coleta), observa-se que Helena creditava dispor de 58,8 horas semanais para realizar atividades pessoais. Contudo, na coluna referente à categoria *pessoal*, dados obtidos com o referido diário demonstram que Helena dispunha apenas de 36 horas semanais para os afazeres pessoais.

*Resultados aferidos pelo IHS2-Del-Prette* - No Gráfico 3 estão os resultados alcançados por Helena na linha de base. De acordo com os dados apresentados no Gráfico 3, observa-se que o escore total na linha de base foi bem superior à mediana, ou seja, 85. Por meio dessa figura, também se observa que a participante apresentou altas habilidades sociais nos fatoriais F4 – autocontrole/enfrentamento (75), F1 – conversação assertiva (60), F5 – desenvoltura social (55) e no F2 (abordagem afetivo-sexual) em cima da mediana, ou seja, 50. Mas, no F3 (expressão de sentimento positivo), seu resultado apresentou-se bastante deficitário: 15.

**Gráfico 3** - Resultados percentis do IHS2-Del-Prette – fase de linha de base



Fonte: Dados oriundos da aplicação, em sessão, do IHS2-Del-Prette.

**Quadro 4 - Habilidades deficitárias identificadas com o IHS2-Del-Prette, autorregras e intervenções**

Habilidade deficitária	Resposta comportamental	Consequência	Autorregras	Intervenção
Expressar desagrado.	Reagia de forma ríspida.	Conflitos e prejuízos nas relações, em especial, familiares.	“Sou reativa instantaneamente a situações. Em alguma parte, isso é bom. Mas, em outras, é ruim.”	Microaulinha sobre alguns conceitos básicos da Análise do Comportamento.
Pedir ajuda.	Não comunicava diretamente suas necessidades. Apenas mudava seu comportamento para que notassem.	Conflitos e prejuízos nas relações, em especial, familiares. Não conseguir compartilhar sobre as dores de seu luto, sem que outra pessoa iniciasse o tema.	“As pessoas precisam saber e realizar o óbvio.” “É difícil pra eu admitir que estou errada.” “Eu sempre fui forte (...). Não sou de compartilhar sentimentos.”	Microaulinha sobre alguns conceitos básicos da Análise do Comportamento.
Elogiar outrem	Agia de forma crítica em suas relações.	Conflitos e prejuízos nas relações, em especial, familiares.	“Preciso ser dura para que respeitem meus limites.”	Microaulinha sobre alguns conceitos básicos da Análise do Comportamento

Fonte: Dados extraídos dos resultados da aplicação do IHS2-Del-Prette.

O Quadro 4 explana as habilidades sociais deficitárias identificadas a partir da aplicação do IHS2-Del-Prette e as autorregras relacionadas, observadas ao longo das fases linha de base e do programa de modificação comportamental, bem como as intervenções conduzidas. De acordo com os dados apresentados no Quadro 4, são identificadas como habilidades deficitárias: *expressar desagrado, pedir ajuda e elogiar*. Através dessa tabela pode-se observar as consequências produzidas por tais inabilidades, em predominância, conflitos e prejuízos nas relações, em especial, com os familiares. Observa-se, conforme os dados apresentados nesse quadro, que Helena fazia uso de autorregras que regiam e mantinham seus comportamentos, assim como os déficits elencados. Autorregras como: “Sou reativa instantaneamente a situações. Em alguma parte, isso é bom. Mas, em outras, é ruim”; “As pessoas precisam saber e realizar o óbvio; dentre outras.

*Entrevista de avaliação funcional de O’Neill et al.* – Aplicada entre o 11º e o 13º encontro, seu resultado está apresentado no Quadro 5 a seguir, em que é observada uma hierarquia de afetamento estabelecida pela própria participante.

**Quadro 5** - Antecedentes do comportamento-problema obtidas com entrevista de O’Neill *et al.* – Linha de Base

<b>Choro e/ou rebaixamento do humor</b>	
<i>Seu padrão comportamento sofre afetação nas seguintes condições:</i>	<i>Hierarquia de afetamento</i>
Quando sozinha em casa	1
Quando ociosa	1
Quando entra no quarto da mãe falecida	2
Reuniões familiares que tragam recordações	3

Fonte: Dados extraídos dos resultados da aplicação do IHS2-Del-Prette.

*Cartas não enviadas à mãe falecida* – A seguir são apresentados fragmentos das duas cartas não enviadas, produzidas por Helena. O primeiro fragmento refere-se à escrita dela à mãe. O segundo, é a resposta da mãe a ela. Esses dados foram coletados ao longo das 14<sup>a</sup>, 15<sup>a</sup> e 16<sup>a</sup> sessões da fase do programa de modificação comportamental, visto que na 17<sup>a</sup> a participante não apresentou a carta solicitada na sessão anterior, dada a dificuldade em realizá-la.

[...] ao partir, deixou um vazio muito difícil de preencher. Sua ausência se manifesta em cada fato corriqueiro do dia a dia. Aí, a saudade vem com toda a força. É inevitável o pensamento de por que não posso te dar mais um abraço, por que não te disse mais vezes o quanto te amo? Mesmo sabendo que fiz isso muitas vezes, quando a saudade bate, parece que foi pouco. Bem que você dizia: “É, minha filha, você vai sentir tanto a minha falta”. Nada como ter experiência. Mas a gente só sabe de fato quando vive a própria experiência. Porém, a vida continua e tenho que seguir buscando forças em Deus e nas outras pessoas que amo. E lembro sempre dos seus exemplos para me alegrar. O amor que tenho por você será sempre o mesmo, e também a certeza do amor que tinhas por mim (Helena, 2022, 14<sup>a</sup> sessão – Destinatária à Remetente).

Na sequência, é exibido o fragmento da segunda carta: resposta da mãe à Helena, instruída na 15<sup>a</sup> sessão e trabalhada no *setting* clínico na 16<sup>a</sup> sessão.

[...] eu sei que você sente minha falta, falta das coisas que a gente fazia juntas. Mas eu já tinha feito muitas coisas, agora você tem muito a fazer, não tem tempo pra sentir vazio nenhum. Quando sentir saudade, corre e vai fazer alguma coisa bem gostosa, como as que você fazia pra mim. Quando você pensar em mais um abraço, feche os olhos e sinta o meu abraço forte te apertando. Você mais do que falou, você me demonstrou todos os dias o seu amor e não foi pouco, ao contrário, foi muito e eu senti esse amor forte. Eu sei que você sofre com essa nova experiência, mas ela deve servir pra te fortalecer e não pra te deixar triste. Siga em frente com fé e alegria,

segura na mão de Deus e vai. Seu amor sempre foi forte e presente na minha vida. Eu te amo minha filha (Helena, 2022, 16ª sessão – Remetente à Destinatária).

*Lista para autorreforçamento* – Helena apontou os seguintes reforçadores em sua lista: *cuidar das plantas; fazer artesanato; assistir à TV; ouvir músicas; dançar; estar com familiares*. Assim, por meio do registro em DRCs, foi possível realizar análises funcionais de eventos relevantes ocorridos com Helena quando da inserção e uso dos reforçadores, como demonstrado no Quadro 6 a seguir, referentes à fase do programa de modificação comportamental.

## 5. Discussão

Os resultados, ora em discussão, foram coletados ao longo das três fases do delineamento aplicado por este estudo (linha de base simples) e focam-se na classe de comportamento-alvo definida: *supressão de reforçadores vigorosos por falecimento de ente querido*. Ao se avaliar os resultados da coleta de dados sobre a história de vida de Helena apresentada (Quadro 2), nota-se que os dados comprovam os achados de Parkes (1996) e Torres (2010), quando estes concluem que há compatibilidade existente entre a importância do indivíduo que morre, com o sofrimento vivenciado por aquele que sofre a perda. Como demonstrado no Quadro 2, Helena, viveu toda sua vida com a mãe. Como constatado em sua história de vida, sua mãe era uma pessoa extremamente importante para ela. Relação essa intensificada nos últimos anos da matriarca, quando requereu maiores cuidados à sua saúde. Visto isso, verifica-se que o sofrimento observado em Helena foi consequência adequada ao contexto vivenciado (luto).

**Quadro 6** - Análises funcionais de eventos coletados na fase de modificação comportamental

Antecedente	Resposta (s)	Consequente	Intensidade da emoção
<i>Cuidar das plantas</i>			
Em casa, sozinha, assistido à TV, deitada.	<i>Privada</i> – Pensou: “Preciso me animar, pois não gosto de ficar parada.” <i>Pública</i> – Levantou-se e cuidou das plantas.	Cuidou de várias plantas que necessitavam de manutenção.	Animação - 2 (moderado)
No quarto, sozinha, organizando as roupas no armário.	<i>Privada</i> – Pensou: “Sinto saudades de minha mãe. Tenho que mudar de ambiente e focar em outras coisas mais agradáveis.” <i>Pública</i> – Deslocou-se até o quintal para trocar as plantas de lugar.	Cuidou das plantas e se sentiu relaxada.	Relaxamento - 3 (muito)
Sozinha em casa.	<i>Privada</i> – Pensou: “Estou entediada, não quero arrumar as coisas da casa agora. Melhor cuidar das plantas.” <i>Pública</i> – Podou e adubou as plantas.	Sentiu-se calma e animada.	Calma e animação - 2 (moderado)
<i>Fazer artesanato</i>			
Em casa, tomando café da manhã com o esposo.	<i>Privada</i> – Pensou: “É bom terminar alguns artesanatos que não concluí.” <i>Pública</i> – Procurou por peças não concluídas.	Concluiu algumas peças. Ambos ficaram calmos.	Calma, satisfação e relaxamento - 3 (muito)

Antecedente	Resposta (s)	Consequente	Intensidade da emoção
Em casa, sozinha.	<i>Privada</i> – Pensou: “Ah, vou fazer algo que me dê prazer, que exercite a criatividade.” <i>Pública</i> – trabalha em algumas peças de artesanato.	Produz moldes em gesso e colagens.	Paz e calma - 3 (muito)
<b>Assistir TV</b>			
Sozinha em casa, deixada no sofá assistindo à TV.	<i>Privada</i> – Pensou: “Ah, que preguiça. É melhor escolher algo bom pra assistir.” <i>Pública</i> – Acessou a Netflix e pesquisou por gêneros de seu interesse.	Assistiu ao filme que lhe chamou atenção.	Satisfação - 3 (muito)
Em casa, sozinha	<i>Privada</i> – Pensou: “Ficar sozinha sem fazer algo é ruim.” <i>Pública</i> – Buscou por um filme que a interessasse.	Assistiu ao filme e sentiu-se calma e aliviada.	Alívio e tranquilidade - 2 (moderado)
<b>Ouvir músicas</b>			
Em casa, com filha e esposo.	<i>Privada</i> – Pensou: “Sinto-me angustiada e triste. Parece não ter motivos. Não sei o porquê estou assim tão repentinamente.” <i>Pública</i> – Pede ao esposo para colocar música na caixinha de som.	Todos ficam descontraindo e cantam.	Relaxamento - 2 (moderado)

Antecedente	Resposta (s)	Consequente	Intensidade da emoção
Em casa, com esposo.	<i>Privada</i> – Pensou: “Sinto-me angustiada e não entendo o porquê estou assim tão repentinamente. Isso é muito estranho.” <i>Pública</i> – Coloca músicas animadas e realiza o cuidado com alguns calçados.	Calçados limpos. Todos ficam tranquilos.	Calma e tranquilidade - 2 (moderado)
<i>Estar com familiares</i>			
Em casa, assistindo ao filme e o esposo a convidava para saírem.	<i>Privada</i> – Pensou: “Vou sair, é sempre bom espalhar.” <i>Pública</i> – Prepara-se para sair.	Fazem um passeio de moto por duas horas, sem destino específico. Ficam muito satisfeitos e alegres com o que viram.	Felicidade - 3 (muito)
No quintal mudando as plantas de lugar, a filha a convidava para irem até a uma loja.	<i>Privada</i> – Pensou: “Ah, não vou! Estou toda suja, cuidando das plantas. Mas é bom sair um pouco. Fico muito em casa.” <i>Pública</i> – Informou à filha que iria, e foi se arrumar rapidamente.	Ambas ficaram animadas.	Prazer - 2 (moderado)

Fonte: Dados coletados verbalmente e nos registros dos DECs durante a fase de intervenção.

Ao se analisarem os resultados da coleta de dados obtidos com os diários de registro de comportamento, dispostos no Quadro 3, nota-se que validam os apanhados de Oliveira (2014), quando este aponta para comportamentos de fuga e esquiva de emoções quando da vivência do luto, dado o fato de se tratar de uma estimulação aversiva. Helena, como se observa nos dados apresentados nesse quadro, após o falecimento de sua mãe, ao se deparar com situações que lhe rememoravam a matriarca, e que ocorriam em frequência recorrente, passou a emitir comportamentos de fuga, interrompendo o contato com determinadas emoções relacionadas ao luto. Dados evidenciados também nos DRCs de rotinas, antes e após o falecimento de sua mãe (Gráfico 1), em que os comportamentos de fuga e esquiva culminavam com longas horas de repouso, assim como uma recorrente ocupação com atividades de baixo nível de dificuldade para sua realização (e.g., refeições, cuidados com a casa, artesanato, fazer compras, assistir à TV e organização para viagem).

Assim, ao se analisar a rotina apresentada por Helena (Gráfico 1), observa-se que os dados ratificam os achados de Hünziker (1997), quando adverte que *aquela que possuía como agência reforçadora apenas a pessoa falecida*, passa a não emitir comportamentos alternativos que lhe permitam entrar em contato com novas contingências de reforço. Isso é notório à medida que Helena emitia comportamentos de fuga e esquiva. Por efeito, Helena não emitia comportamentos alternativos, compatíveis com a nova realidade e, com esse padrão, privou-se e/ou distanciou-se do acesso a novas contingências reforçadoras.

Dados evidenciados não apenas no Gráfico 1, mas também naqueles coletados com a entrevista de avaliação funcional de O'Neill *et al.* (1997) e apresentados no Quadro 5. Ambos justificam o uso da *Educação sobre os princípios básicos da Análise do Comportamento*, bem como a intervenção da *lista para autorreforçamento* (Quadro 1), o que ratifica o destacado por Nascimento *et al.* (2015) quando apontam a necessidade premente de se promover alteração das contingências para o alcance do controle de comportamentos indesejados, como os ora discutidos. Ainda se comprova nos dados apresentados no Quadro 6, em que, na fase de modificação

comportamental, apontam para uma predominância de emoções positivas, comparados àqueles da linha de base (Quadro 3).

Nesse contexto, ao se considerarem os resultados da coleta de dados realizada por meio do IHS2-Del-Prette (Del Prette; Del Prette, 2018), a respeito das habilidades sociais de Helena (Gráfico 3), observa-se que os dados indicam um alto déficit no fatorial F3, ou seja, *baixa habilidade na expressão de sentimento positivo*. Correlacionado com os dados do Quadro 4, nota-se que ratificam os achados de Dougher e Hackbert (2003), quando estes chamam a atenção a que a ausência de repertórios adequados apresenta forte influência sobre a capacidade de adaptação a novas contingências. Helena, como demonstrado no Quadro 4, após o falecimento de sua mãe, dada sua dificuldade de comunicar necessidades e de pedir ajuda, privava-se de compartilhar sentimentos e necessidades relativas ao luto, mantendo comportamentos que a distanciavam da obtenção de reforçadores.

Ao se observarem os resultados obtidos com a operacionalização das duas cartas não enviadas, visto que a terceira não foi concluída a tempo deste estudo, devido aos vários eventos (e.g., contração de Covid-19 por duas vezes e viagens) que a impediram na sequência terapêutica, verifica-se que o fragmento da primeira carta corrobora com o postulado por Kübler-Ross (1969) e por Kübler-Ross e Kessler (2005) quando estes advertem que a barganha é uma fase que constitui o luto, e esta surge como uma trégua temporária e é caracterizada pelo desejo de voltar no tempo e ter acesso ao que se tinha outrora. Helena, como demonstrado no fragmento da primeira carta, apresentou desejo de um momento a mais com a mãe. Dados evidenciados também no Quadro 3, na frase em que declara que desejava mais 5 minutos com sua mãe para um último abraço.

## 6. Considerações finais

Por fim os resultados aqui discutidos sugerem o alcance do primeiro objetivo deste estudo, à medida que se investigaram o comportamento enlutado e como esse evento interferiu consideravelmente na qualidade de vida

da participante, provocando-lhe alguns prejuízos quanto à nova realidade, naturais quando da vivência de um acontecimento dessa magnitude, como destacado pelos teóricos apresentados na presente investigação.

Para a robustez do segundo objetivo, é imprescindível que Helena dê continuidade ao processo terapêutico tanto para intensificar o programa de modificação comportamental quanto para se verificarem, de modo vigoroso, os resultados alcançados, bem como para intervir em suas autorregras que estão governando e gerando outras classes comportamentais conflituosas em seu repertório (e.g., desafios nas relações interpessoais). Concluindo, este estudo objetivou contribuir com a comunidade científica, à medida que seus resultados demonstram, mais uma vez, o vigor da Análise do Comportamento para com essa problemática.

## Referências

ANTONITIS, Joseph J. Response variability in the white rat during conditioning, extinction, and reconditioning. **Journal of Experimental psychology**, v. 42, n. 4, p. 273, 1951. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0060407>.

BARBOSA, Caroline Garpelli; MELCHIORI, Lígia Ebner.; NEME, Carmen Maria Bueno. A família e a morte: reflexões sobre as vivências de adolescentes, adultos e idosos. In: VALLE, T. G. M.; MAIA, A. C. B. (org.), **Psicologia do desenvolvimento humano e aprendizagem**. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2011. ISBN 978859832239.

BUENO, Gina Nolêto. **O Processo Psicoterapêutico dentro do Behaviorismo – Um estudo descritivo e exploratório**, 2002. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás. Publicada eletronicamente no sistema da Biblioteca Central da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás.

BUENO, Gina Nolêto; BRITTO, Ilma A. Goulart de Souza. Uma abordagem funcional para os comportamentos delirar e alucinar. **Revista**

**Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 13, n. 3, p. 4-15, 2011. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v13i3.458>.

BUENO, Gina Nolêto; BRITTO, Ilma A. Goulart de Souza. Graus de ansiedade no exercício do pensar, sentir e agir em contextos terapêuticos. In: BRANDÃO M. Z. S.; CONTE, F. C. S.; BRANDÃO, F. S.; INGBERMAN, Y. K., MOURA, C. B.; SILVA, V. M.; OLIANE, S. M. (org.). **Sobre Comportamento e Cognição: Clínica, pesquisa e aplicação**. Santo André: ESETEC Editores Associados, 2003. ISBN: 8588303337.

DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira; DEL PRETTE, Almir. **Inventário de Habilidades Sociais: manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Pearson, 2018. ISBN: 9788580408423.

DILLENBURGER, Karola; KEENAN, Michael. Bereavement: A behavioural process. **European Journal of Behavior Analysis**, v. 2, n. 2, p. 129-138, 2001. DOI: 10.1080/15021149.2001.11434187.

DOUGHER, Michael J.; HACKBERT, Lucianne. Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 2, p. 167-184, 2003. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452003000200007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000200007&lng=pt&tlng=pt). ISSN 15175545. Acesso em 23 mar. 2024.

HOSHINO, Katsumasa. A perspectiva biológica do luto. In: GUILHARDI, H. J.; AGUIRRE, N. C. (org.), **Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a Variabilidade**. Santo André: ESETEC, 2006. ISBN: 8588303746.

HÜNZIKER, Maria Helena Leite. O desamparo aprendido e a análise funcional da depressão. In: D.R. Zamignani (org.) **Sobre Comportamento e Cognição: A aplicação da Análise do Comportamento e da**

**terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos** (Vol. 3, pp. 141-149). Santo André: ESETEC, 1997. ISBN: 1000226306046.

KAZANTZAKIS, Niko. Técnicas Seleccionadas para Encorajar o Desenvolvimento Psicológico. In: MAHONEY, M. J. (org.), **Processos Humanos de Mudança** – As Bases Científicas da Psicoterapia. Tradução organizada por F. Appolinário. Porto Alegre: Artmed, 1998. (Trabalho original publicado em 1991). ISBN: 8573074337.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth; KESSLER, David. **On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss**. New York: Scribner Avenue of the Americas, 2005. ISBN: 0743266285.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução organizada por P. Menezes. 9. ed. São Paulo: Martins fontes, 2008. (Trabalho original publicado em 1969) ISBN: 9788578270599.

LAZARUS, Arnold Allan. **Terapia Multimodal do Comportamento**. Tradução organizada por U. C. Arantes. 2. ed. São Paulo: Manole, 1980 (Trabalho original publicado em 1975). ISBN: 1000229838773.

LÊDO, Keina Nunes; BUENO, Gina Nolêto Contingências estressoras: déficits comportamentais e autoafirmações negativas: In: PESSÔA, C. V. B. B.; COSTA, C. E.; BENVENUTI, M. F. (org.), **Comportamento em Foco**. São Paulo: ABPMC, 2011. ISBN: 978-85-65768-00-9.

MILAZZO, Lêda Cristina Pinheiro. Luto inibido após a morte do pai: estudo de caso. In: FONSECA, F. N.; SANTOS, L. B.; FREIRE, A. L. L. (org.), **Luto: Teoria e Intervenção em Análise do Comportamento**. Curitiba: CRV, 2022. ISBN: 978-65251-2514-5.

MILLENSON, John R. **Princípios de análise do comportamento**. Tradução organizada por A. A. Souza, & D. Rezende. Brasília: Editora de Brasília, 1975. (Trabalho original publicado em 1967). Library of Congress catalog card number: 67 15540.

MOREIRA, Márcio Borges; DE MEDEIROS, Carlos Augusto. **Princípios Básicos de Análise do Comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. ISBN 978-85-8271-515-4.

NASCIMENTO, Diogo Cesar; NASSER, Gabriel Meirelles; AMORIM, Cloves Antonio de Amassis; PORTO, Tatiany Honório. Luto: uma perspectiva da terapia analítico comportamental. **Psicologia Argumento**, v. 33, n. 83, p. 446-458, out./dez. 2015. DOI: 10.7213/psicol.argum.33.083.AO01.

O'NEIL, Robert E.; HORNER, Robert H.; ALBIN, Richard W.; SPRAGUE, Jeffrey R.; STOREY, Keith; NEWTON, James Stephen. **Functional Assessment and Program Development for Problem Behavior: A Practical Handbook**. Pacific Grove: Brooks/Cole. Porto Alegre: Artmed, 1997. ISBN13: 9780534260224.

OLIVEIRA, Dafne Rosane. **Terapia do Luto**: contribuições e reflexões sob a perspectiva da Análise do Comportamento. Monografia de Conclusão de Curso apresentada à Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 2014.

OLIVEIRA, Paula Grandi. **As fases do luto**: uma interpretação analítico-comportamental, 2016. Disponível em: <https://comportese.com/2016/03/02/as-fases-do-luto-uma-interpretacao-analitico-comportamental/>. Acesso em: 22 jan. 2023.

PARKES, Colin Murray. **Luto**: Estudo sobre a perda na vida adulta. Tradução organizada por M. H. F. Bromberg. São Paulo: Summus Editorial, 1998. (Trabalho original publicado em 1996). ISBN: 9788532306395.

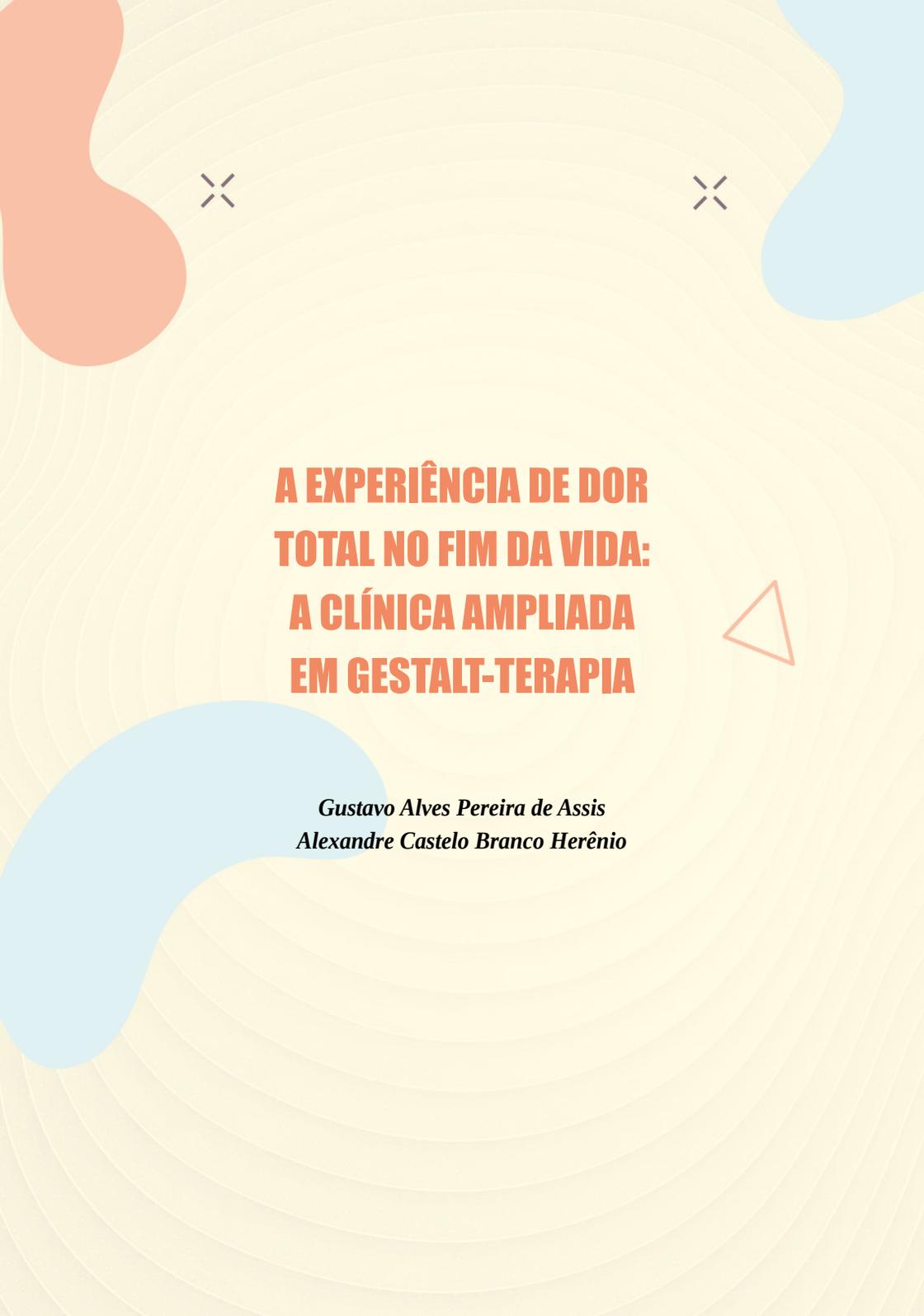
SKINNER, Burrhus Frederic. **Ciência e Comportamento Humano**. Tradução organizada por J. C. Todorov e R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes, 2003. (Trabalho original publicado em 1953). ISBN-10: 8533619359.

SKINNER, Burrhus Frederic. **Sobre o behaviorismo**. 10. ed. Tradução organizada por M. P. Villalobos. São Paulo: Cultrix, 2006. (Trabalho original publicado em 1974). ISBN: 9788531603600.

TORRES, Nione. Luto: a dor que se perde com o tempo (...ou não se perde?). In: GARCIA, M. R.; ABREU, P. R.; CILLO, E. N.; FALEIROS, P. B.; PIAZZON, P. (org.), **Sobre Comportamento e Cognição: Terapia Comportamental e Cognitivas**. Santo André, SP: ESETEC, 2010. ISBN: 9780061143496.

VERA, M. Nieves; VILA, Jaime. Técnicas de relaxamento. In: CABALLO, V. E. (org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. Tradução organizada por M. D. Claudino. 1. ed. São Paulo: Santos, 1999. (Trabalho original publicado em 1996). ISBN: 8572882111.

WORDEN, J. William. **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto: Um Manual para Profissionais da Saúde Mental**. Tradução organizada por A. Zilberman, L. Bertuzzi e S. Smidt. 4. ed. São Paulo: Roca, 2013. (Trabalho original publicado em 1988). ISBN: 9788541200325.

The background features a series of concentric, light-colored circles that create a ripple effect. Overlaid on this are several abstract, organic shapes in shades of orange and light blue. Two small 'x' marks are positioned in the upper left and right areas, and a thin orange triangle is located to the right of the main title.

**A EXPERIÊNCIA DE DOR  
TOTAL NO FIM DA VIDA:  
A CLÍNICA AMPLIADA  
EM GESTALT-TERAPIA**

*Gustavo Alves Pereira de Assis  
Alexandre Castelo Branco Herênio*

**Resumo:** A dor total em pacientes no fim da vida é frequentemente vivenciada, e, nos campos da Infectologia e da Gestalt-terapia, pouco investigada. Sendo assim, objetivou-se compreender, a partir da clínica ampliada em Gestalt-terapia, a experiência de dor total de paciente que se encontrava sob cuidados paliativos internado em um hospital de Infectologia. Para isso, realizou-se uma pesquisa qualitativa de método fenomenológico, com amostra única, via encontro clínico com entrevista aberta coletada em gravador sonoro. A análise foi desenvolvida pelo método empírico-fenomenológico de Amedeo Giorgi. Os dados sugerem que a experiência de dor física, devido a sua forte intensidade, é percebida como insuportável e cruel, delatando um sofrimento psicoemocional subjacente. Além disso, a dor é experienciada de modo oscilante e cíclico, e, mesmo com medicação, não há cessação da algia, por isso é percebida como uma dor falsa. A experiência de adoecimento com internação provoca uma fratura ontológica do ser-com, que propicia também uma fragilização da fé. Conclui-se que a experiência de dor total no final da vida se dá na totalidade do colaborador diagnosticado com pneumonia, em sua síntese biopsicossocioespiritual, engendrando em um sofrimento existencial. Nesse sentido, o todo é maior que a soma das partes, conforme preconiza o pensamento gestáltico.

**Palavras-chave:** Clínica gestáltica. Cuidados paliativos. Dor total. Terminalidade.

**Resumen:** El dolor total en pacientes al final de la vida es a menudo experimentado y, en los campos de la Infectología y la Terapia Gestalt, poco investigado. Por lo tanto, el objetivo es comprender, a partir de la clínica ampliada en Terapia Gestalt, la experiencia del dolor total de un paciente que se encontraba bajo Cuidados Paliativos internado en un hospital de Infectología. Para ello, se llevó a cabo una investigación cualitativa de método fenomenológico, con una muestra única, a través de un encuentro clínico con una entrevista abierta recopilada en un grabador de sonido. El análisis se realizó mediante el método empírico-fenomenológico de Amedeo Giorgi. Los datos sugieren que la experiencia del dolor físico, debido a su intensidad, se percibe como insoportable y cruel, revelando un sufrimiento psicoemocional subyacente. Además, el dolor se experimenta de manera oscilante y cíclica, y, de modo que ni siquiera con medicación el dolor cesa, por lo que se considera un falso dolor. La experiencia de enfermar con la hospitalización provoca una fractura ontológica en el ser-con, lo que también conduce a un debilitamiento de la fe. Se concluye que la vivencia del dolor total al final de la vida ocurre en la totalidad del paciente diagnosticado con neumonía, en su síntesis biopsicosocial y espiritual, generando sufrimiento existencial. En este sentido, el todo es mayor que la suma de sus partes, como recomienda el pensamiento Gestalt.

**Palabras-clave:** Clínica gestáltica. Cuidados paliativos. Dolor total. Terminalidad.

## 1. Introdução

Este estudo teve o objetivo de compreender a experiência de dor total de um paciente<sup>1</sup> que se encontrava internado em hospital especializado em Infectologia, em Cuidados Paliativos, pela ótica da clínica ampliada em Gestalt-terapia. Enquanto profissionais, sabemos da dificuldade de acesso e de investigação de modo direto com esses pacientes, visto seu nível de comprometimento clínico e de sofrimento existencial. Por isso, a maioria das pesquisas em Cuidados Paliativos tem como público estudado os familiares e os profissionais da saúde. Consideramos que a contribuição desta investigação se revela na compreensão desse fenômeno através do próprio paciente, dando voz a quem vive essa experiência, além de cooperar com a lacuna de estudos desse fenômeno em Infectologia e em Gestalt-terapia.

Nesse sentido, o texto se debruça sobre o que venho chamando de Psicoinfectologia enquanto uma área de atuação clínica que visa ao diagnóstico processual e à intervenção psicológica com pacientes que existem com alguma infecção. O psicoinfectologista ou o psicólogo infectologista, seja no consultório particular ou na clínica ampliada, é o profissional que oferecerá cuidados, a partir de um referencial teórico-metodológico, com o objetivo de diminuir o sofrimento existencial e promover a qualidade de vida das pessoas que existem com alguma infecção.

Esta pesquisa buscou, na clínica ampliada, em uma atuação hospitalar, a compreensão da dor total de um paciente com pneumonia bacteriana sob Cuidados Paliativos. A base teórica que nos sustenta é a Gestalt-terapia e, nesse caso, uma Gestalt-terapia Ampliada<sup>2</sup>. Referimo-nos à Gestalt-terapia como uma abordagem de psicoterapia na atuação em consultório e por Abordagem Gestáltica ou Gestalt-terapia Ampliada à atuação do gestalt-terapeuta em clínica ampliada, nas diversas políticas públicas, como na saúde e na assistência social (Brito, 2015; Campos; Daltro, 2015; Del Raso; Mendonça, 2021).

---

<sup>1</sup> Nesta pesquisa os termos paciente, colaborador e entrevistado serão utilizados como sinônimos, a fim de evitar a repetição terminológica, permitindo uma leitura fluida.

<sup>2</sup> Apesar da diferenciação entre Gestalt-terapia e Abordagem Gestáltica/Gestalt-terapia Ampliada, neste estudo, utilizaremos as três expressões como sinônimos, a fim de evitar a repetição terminológica.

## 2. Cuidados paliativos e Gestalt-Terapia

O Cuidado Paliativo, segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), é uma assistência voltada para pessoas que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Essa forma de cuidado requer a identificação precoce, a avaliação e o tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Essa abordagem assiste o paciente em sua totalidade, enquanto ser biopsicossocioespiritual, baseada no pressuposto e na conceituação ampliada de saúde, por isso, requer um trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Essa concepção é consoante com a Gestalt-terapia, que considera o ser humano como uma totalidade, como uma unidade biopsicossocioespiritual, e busca a compreensão global dessas dimensões no trabalho clínico. Trata-se da clínica da pessoa que não trata a doença em si e sim o ser humano doente (Castro; Gurgel, 2021; Giovanetti, 2018). Sobre isso, Souza (2022, p. 143) afirma que há “uma junção significativa e valiosa entre os cuidados paliativos e essa visão de mundo proporcionada pela Gestalt-terapia, que alicerçam suas bases no humanismo”.

Nessa direção, os Cuidados Paliativos podem se configurar também como cuidados no fim da vida. Nessa fase, entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico pode ser definido em dias ou semanas, os Cuidados Paliativos tornam-se imprescindíveis e complexos o suficiente para demandar uma atenção específica e contínua ao doente e à sua família, prevenindo uma morte indigna e com grande sofrimento existencial. A prevenção continua sendo uma demanda importante nesse período (Cremesp, 2008).

Para Souza (2022), a atuação do gestalt-terapeuta nos Cuidados Paliativos em fim de vida deve focar o encontro genuíno, um trabalho *entre*, bem como propor experimentos que possibilitem o contato com a morte e a emergência de ajustamentos criativos funcionais na terminalidade. Castro e Gurgel (2021, p. 71-72) afirmam que:

O gestalt-terapeuta utiliza-se de sua experiência para potencializar o encontro entre paciente-terapeuta, doente-terapeuta, sendo um

importante agente de saúde dentro de um ambiente permeado por doenças, ampliando as possibilidades de o sujeito criar movimentos saudáveis dentro desse espaço.

Trata-se da clínica do encontro, ética e política, conforme apontam Motta, Assis e Satelis (2020) e Assis (2022), que, mesmo na possibilidade de morte, busca um movimento saudável em uma terminalidade digna.

### 3. Dor total em Cuidados Paliativos e Gestalt-terapia

Pacientes na fase final de vida frequentemente apresentam dor total, pois foi observando seus pacientes em final de vida que Cicely Saunders cunhou esse termo. Essa expressão refere-se, portanto, a todos os aspectos que rodeiam a dor, incluindo as dimensões física, emocional, social e espiritual (Carvalho, 2009; Hennemann-Krause, 2012). Nessa direção, a dor é resultante de uma interação dinâmica e complexa de vários fatores biopsicossocioespirituais, sendo sempre uma experiência subjetiva (ANCP, 2021; Sapeta, 2007), pois “cada dor é a dor de uma pessoa” (Carvalho, 2009, p. 322).

A dor total, portanto, é uma vivência desagradável que promove sofrimento, e é a experiência da dor que o gestalt-terapeuta, amparado no método fenomenológico, busca compreender e intervir clinicamente com esses pacientes. Segundo Estevão e Silveira (2014), busca-se na Gestalt-terapia Ampliada fomentar um espaço entre subjetividades para o aparecer do ser-doente, com uma disponibilidade para estar-com, em que o cuidado se faz na relação.

A vivência de dor total tem repercussões na qualidade de vida do paciente em processo de terminalidade, sendo mais temida do que a própria doença ou morte. A dor total está frequentemente relacionada com o sofrimento existencial, pois o sofrimento é a experiência de dor em cada pessoa. O sofrimento decorrente da dor em um paciente com doença crônica, incurável e progressiva pode ser devastador para o doente, caso não seja ajudado a mobilizar ajustamentos criativos funcionais, encontrando novos sentidos para a doença, para o sofrimento e para a vida (Carvalho, 2009; Sapeta, 2007).

Hennemann-Krause (2012) afirma que o alívio da dor é uma questão humanitária, por isso a avaliação e o diagnóstico são fundamentais para uma prescrição analgésica adequada. A autora salienta que a farmacoterapia não é resolutive de toda a complexidade da dor e sugere que essa tecnologia seja aliada a uma abordagem humanista. Nesse sentido, a Gestalt-terapia como abordagem de fundamentação humanista pode se mostrar como uma modalidade de intervenção clínica que compreende e cuida da dor na totalidade da existência da pessoa aliada às outras tecnologias de assistência multiprofissional.

Nesse sentido, as práticas analgésicas farmacológicas atuais não são suficientemente eficazes para o controle da dor total. Sabe-se, entretanto, que a cessação dela promove a diminuição do estresse, o aumento da qualidade de vida e das relações interpessoais saudáveis (Mendes; Boaventura; Castro; Mendonça, 2014). Por isso, os autores sugerem estudos que abordem o paciente em diferentes momentos e situações, fornecendo dados clínicos mais abrangentes e acompanhando a ocorrência de dor e de seus reflexos na qualidade de vida.

#### 4. Metodologia

Esta pesquisa, em sua abordagem, configura-se como qualitativa e, em seu método, como empírico-fenomenológico (De Castro; Gomes, 2011; Giorgi, 2008; Giorgi; Sousa, 2010; Severino, 2018).

A técnica de amostragem foi intencional e única, sendo um indivíduo do gênero masculino, trinta e oito anos, casado com pessoa do gênero feminino, sem filhos, residente em uma cidade do estado de Goiás e com ensino médio completo. Autodeclarava-se como pardo e de condição socioeconômica baixa, pedreiro e com rede sociofamiliar de relações apoiadoras e satisfatórias. O quantitativo da amostra justifica-se pelo enfoque qualitativo, que tem por objetivo o aprofundamento da subjetividade humana, sem a preocupação com dados numéricos e extensivos, bem como da dificuldade de acesso a esse público (De Castro; Gomes, 2011; Fonseca, 1998; Sadala, 2004).

O colaborador de pesquisa, conforme termo comumente adotado em pesquisas fenomenológicas (Amatuzzi, 2005), foi diagnosticado com pneumonia bacteriana e hospitalizado em uma unidade de Infectologia, em leito de enfermaria. Na avaliação da equipe do Núcleo Técnico e Científico de Cuidado Paliativo (NTCCP) da instituição, foi classificado como elegível ao Cuidado Paliativo do tipo complementar, recebendo terapia curativa e paliativa. Após semanas, com a piora clínica, foi decidido Cuidado Paliativo exclusivo, visto que a fase final de vida estava em curso. Possuía descrição de dor total nos documentos clínicos expedidos pelos profissionais, evoluindo para óbito por parada cardiorrespiratória.

Realizou-se um encontro clínico com entrevista fenomenológica, do tipo aberta e de duração média de trinta minutos. A duração foi definida no decorrer do encontro clínico, considerando a necessidade de expressão do paciente e de sua disponibilidade físico-emocional, sem determinação fixa de durabilidade. A entrevista consistiu em fazer, inicialmente, uma pergunta ao indivíduo instigando para que ele relatasse sobre suas vivências álgicas. É denominada como pergunta-disparo, que é norteadora e que objetiva orientar o processo de relato do colaborador, dando-lhe liberdade para expressar-se (López, 2014; Sadala, 2004). A pergunta-disparo realizada foi: como são suas vivências de dor aqui no hospital? As demais perguntas foram realizadas de acordo com a fala do paciente, sem planejamento prévio, com objetivo de descrição e de aprofundamento da experiência, seguindo os princípios da clínica gestáltica e considerando o caráter aberto da entrevista.

Os dados foram transcritos integralmente em editor de texto para análise segundo o método empírico-fenomenológico desenvolvido por Amedeo Giorgi, seguindo os quatro passos propostos: estabelecimento do sentido geral, delimitação dos elementos significativos da experiência, transformações das unidades de significado em expressões de caráter psicológico e determinação da estrutura geral dos significados (Giorgi, 2008; Giorgi; Sousa, 2010).

O estabelecimento do sentido geral refere-se à leitura de toda a descrição do material, visando captar o sentido do todo. O segundo passo,

delimitação dos elementos significativos, refere-se à discriminação das unidades de significado. A transformação das unidades de significado em expressões de caráter psicológico consiste na modificação das expressões do indivíduo em linguagem científica, ou seja, há um emprego de sentido psicológico. O último passo consiste na busca de sintetizar as unidades de significado, formando a estrutura da experiência (Giorgi, 2008; Giorgi; Sousa, 2010).

O estudo seguiu os critérios éticos previstos nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e 510/2016, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com aprovação sob o protocolo CAAE 38003420.4.0000.0034.

## 5. Resultados

A análise empírico-fenomenológica da fala do paciente evidenciou estas cinco unidades de sentido na experiência de dor total no final da vida: dor insuportável e cruel, dor falsa, desejo de retorno à habitualidade do ser-no-mundo, oscilações nas vivências dolorosas e fé abalada. Essas categorias demonstram a vivência de dor refletida na totalidade do ser humano e serão analisadas separadamente em suas dimensões física, psicológica, social e espiritual, para fins analíticos, porém, em termos de experiência, sabe-se que a vivência é na totalidade existencial, sem fragmentação, conforme a compreensão da clínica gestáltica.

## 6. Discussões

### 6.1 Dor insuportável e cruel

Essa unidade de sentido revela a vivência da dor como insuportável, o que demonstra sofrimento físico e psicológico intensos. O colaborador exemplifica essa unidade dizendo que “é terrível. Essa dor ela realmente existe, é incontrolável”. Nessa fala, constata-se que a dor é experienciada como terrível e incontrolável para descrever uma intensidade exacerbada,

com índices elevados de sofrimento álgico. Para ele, “é uma dor forte, se não for à base de remédio a pessoa não dá conta de firmar o corpo, de fazer nada. Tudo é à base de antibiótico, de remédio mesmo. É uma dor chata, insuportável”.

A dor vivenciada pelo colaborador é classificada por ele como forte, chata e insuportável, com necessidade de farmacoterapia para possível alívio. Esse dado é corroborado pela pesquisa de Mendes *et al.* (2014), em que se constatou que a intensidade mais prevalente foi de dor forte, com prejuízo na qualidade de vida e nas atividades diárias dos pacientes. Em Gestalt-terapia, compreende-se esse fenômeno pela Psicologia da Gestalt, em que uma parte, nesse caso, a dor, afeta o todo, que é a existência da pessoa, com prejuízo em outras partes.

A dor sentida como insuportável pelo colaborador é percebida também como cruel. Ele verbaliza que a dor sentida é “cruel. Não gostaria que o que eu tô passando ninguém passasse. É cruel”. Essa experiência de dor física reflete um sofrimento psicológico implícito. Essa fala elucida uma intensidade elevada de dor, o que ele não deseja que seja experimentada por outros seres humanos.

A dor, para o entrevistado, é associada ao sofrimento. Ele diz: “É cruel, né? Por isso, eles estão me transferindo, porque estão vendo que eu tô sofrendo, né?”. Nesse excerto, verifica-se que o paciente percebe que os profissionais constataram sua dor insuportável, seu sofrimento existencial, por isso há uma possibilidade de transferência para outra unidade de saúde especializada em Cuidados Paliativos.

Meireles *et al.* (2006) evidenciaram a alta prevalência de dor na amostra estudada, em que 77% dos pacientes apresentaram dor nas últimas vinte e quatro horas antes da coleta dos dados e 48%, durante a entrevista. Em Silva, Araújo, Cardoso e Cardoso (2015), há descrição de episódios de dor intensa em paciente com câncer avançado sob Cuidados Paliativos. Esses dados se assemelham aos achados desse estudo, no que se refere à ocorrência de dor.

A investigação de Sampaio, Motta e Caldas (2019), em um hospital público de Cuidado Paliativo em Oncologia, revela a alta prevalência do

sintoma dor nos pacientes analisados, em que 2% da amostra não obteve a dor controlada até o sétimo dia de internação. Os autores relatam um caso de um paciente com quadro de dor não controlada durante toda a internação, com evolução para óbito após seis dias de hospitalização e com registros diários de dor. Concluem que a dor tem impactado negativamente na qualidade de vida dos colaboradores, ou seja, para a Gestalt-terapia, a parte afeta o todo.

Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa fenomenológico-existencial de Sanches e Boemer (2002), na qual a dor foi descrita como um fenômeno incapacitante na vida dos sujeitos entrevistados, visto sua forte intensidade. Os autores concluem que a dor é um estreitamento das possibilidades existenciais, em que as várias dimensões da vida do ser humano tornam-se afetadas. A dor também foi identificada como fenômeno existencial vivido por mulheres com câncer no processo de morrer, no estudo fenomenológico de Carvalho e Merighi (2005).

Essa unidade de sentido emergida da redução fenomenológica permite-nos evidenciar a dor como um fenômeno percebido e vivenciado como insuportável. Nesse sentido, a dor enquanto parte da totalidade afeta o todo da existência da pessoa. Sua descrição como cruel leva-nos a pensar na dignidade da pessoa humana no processo de morte, e a proposta dos Cuidados Paliativos no alívio da dor como uma perspectiva humanista para a promoção de uma terminalidade digna e suportável.

## 6.2 Dor falsa

Essa categoria descreve a percepção da dor como falsa. O colaborador afirma que é “(...) uma dor falsa” e, ao ser estimulado para aprofundar nessa dimensão, ele verbaliza que “dor falsa que você toma, toma remédio e não melhora. Se ela não for arrancada, não sara. Essa é a dor falsa!”. É possível verificar que a administração de farmacoterapia não tem sido suficiente para o controle adequado da dor do paciente, o que faz com que o colaborador perceba esse fenômeno como falso. Ele continua: “uma dor falsa, não presta não”.

A vivência de dor perdura todo o processo de vida do sujeito em seu adoecimento infeccioso. O colaborador relata que “remédio lá nas alturas. Tem dia que você tá até dopado de tanto remédio. Dopado mesmo, de tanto remédio”.

Nessa fala do sujeito, ficam evidentes os efeitos colaterais das medicações administradas para o controle de sua dor, provocando a sensação de estar “dopado”, ou seja, possível sonolência e lentificação psicomotora. Mesmo com doses elevadas de drogas, o colaborador afirma que a medicação “não resolve”. Desse modo, é possível observar a ineficácia da farmacoterapia, demandando um olhar clínico ampliado para a dor total. Esse olhar para a totalidade existencial pode ser encontrado em Gestalt-terapia enquanto abordagem de fundamentação holística, na construção de uma clínica da pessoa e não da doença, juntamente com outras tecnologias de cuidado multidisciplinar.

O colaborador ainda reitera que a equipe de saúde assistente está ciente dessa limitação terapêutica, pois “estão vendo que não está adiantando, né?”. Nesse sentido, a própria equipe de saúde se dá conta da limitação do modelo biomédico, o que demanda um olhar ampliado por meio de uma abordagem multiprofissional, incluindo a atuação da Psicologia.

Mendes *et al.* (2014) afirmam que a farmacoterapia para controle de dor não tem tido eficácia clínica suficiente, o que também pode ser constatado na fala do sujeito desta pesquisa. Os autores apontam que pouco mais da metade dos participantes apresentaram algum tipo de dor, mesmo em uso de terapia farmacológica. Os dados da pesquisa de Meireles *et al.* (2006) também demonstram essa realidade ao constatar a alta prevalência de dor na população estudada, concluindo que o controle algíco era insatisfatório.

O relato de um caso clínico de paciente em Cuidados Paliativos de Silva *et al.* (2015) evidenciou o difícil controle da dor via manuseio farmacológico, que só foi potencializado após a atenção clínica nas outras dimensões da dor, o que confirma a necessidade de atuação multidisciplinar no campo da dor em Cuidados Paliativos para fins de uma assistência integral e de qualidade.

O estudo em um centro de referência em Cuidados Paliativos de Sampaio, Motta e Caldas (2019) encontrou um total de 33,6%, equivalente a 144 episódios de dor não controlada na admissão, com 62,5% de controle algíco em até 24 horas após a admissão. A média registrada para o controle da dor após admissão foi de 2,1 dias, com um paciente que não teve controle algíco durante toda a internação. Os autores apontam que 18,2 dos pacientes internaram-se na unidade com queixa principal de dor e concluem que a importância do “treinamento continuado da equipe e vigilância de indicadores são importantes para aprimorar os serviços” (Sampaio; Motta; Caldas, 2019, p. 7).

Essa categoria parte de uma denúncia social ao explicitar uma dor como falsa devido à ineficácia das prescrições farmacológicas e de um cuidado voltado para o modelo biomédico. As narrativas atestam uma atenção clínica fragmentada para a dor total em Cuidados Paliativos em final de vida no campo da Infectologia, demandando um olhar clínico ampliado para a totalidade da existência da pessoa com dor total.

### 6.3 Desejo de retorno à habitualidade do ser-no-mundo

Essa unidade fenomenológica refere-se a uma dimensão social da experiência de dor total. Em Gestalt-terapia, essa unidade revela a ruptura com o modo de ser-no-mundo e do ser-com, que é a imbricação do ser humano com o mundo, com o seu entorno social. Somos seres do e para o contato, e, com o adoecimento e a internação hospitalar, há uma perda de rotina social, uma reorganização e uma reestruturação do campo fenomênico, que demanda uma autoecorregulação orgânica e ajustamentos criativos. O colaborador alega que fica “chateado, né? É uma mudança. Tô aqui [no hospital] obrigado, tô aqui obrigado”. Ele prossegue, afirmando que “é o jeito, né? [permanecer internado]. O que ela proporciona é isso, parar sua vida. Parar sua vida pra viver a dela. Você para lá [vida social] pra esperar os resultados aqui”.

Essa verbalização enuncia uma polaridade, ‘vida social’ versus ‘vida da doença’, para exemplificar que, com a doença e com a internação, a rotina vivida pelo paciente foi abruptamente rompida, emergindo sentimentos

negativos decorrentes desse campo. Em Gestalt-terapia, segundo Estevão e Silveira (2014), o adoecimento com internação provoca uma reestruturação existencial, devido à redução do espaço vital, que demanda novas possibilidades de existência.

Com isso, a dor social mostra-se presente no discurso do colaborador, com desejo de “livrar desta dor” para “voltar a ser quem eu era, com fôlego. Eu era normal. Eu tinha fôlego”. Dor social, para Hennemann-Krause (2012), associa-se ao medo do isolamento e ao abandono, com a perda do papel exercido com a família, amigos e colegas, bem como as dificuldades de comunicação.

Essa unidade denota, em Gestalt-terapia, uma dimensão ontológica do ser humano, que é sua natureza social. Ribeiro (2019) afirma que viver é estar em contato e que a percepção de existir se dá pelo contato com o mundo, que inclui os outros seres humanos. Nesse sentido, para esse escritor gestalt-terapeuta, só por abstração é possível pensar um ser humano existindo sem contato. O colaborador nas suas verbalizações exemplifica a fratura nessa dimensão ontológica fundamental da existência humana.

Outros estudos elucidam essa categoria. A pesquisa com pacientes com neoplasias hospitalizados de Galvan, Kaufmann, Brustolin e Ascari (2013) evidencia a dor social advinda da separação dos familiares e dos amigos no período de internação, o que se caracteriza como uma limitação imposta pela doença. Dado semelhante foi encontrado com pacientes que sofreram queimaduras na pesquisa desenvolvida por Moraes *et al.* (2016), em que houve relatos de que a ausência de apoio de pessoas significativas foi percebida como dificultadora para o processo de recuperação. Os autores encontraram também mudanças sociais significativas após a alta hospitalar que impactaram negativamente a qualidade de vida dos pacientes.

A presença de saudade foi observada em pacientes hospitalizados no estudo etnográfico de Barbosa e Machado (2020) em que os participantes utilizaram as mídias sociais para amenizar o sentimento de saudade imposto pela internação hospitalar. A pesquisa também encontrou o sentimento de abandono decorrente da ausência de visitas, o que demonstra a dor social vivenciada pelos participantes do estudo.

Oliveira, Quintana, Budó, Kruse e Beuter (2012), ao investigar cuidadores familiares de doentes em fase terminal acerca da internação domiciliar e hospitalar, apresentam o resultado de que a hospitalização é percebida como privação para o paciente, com restrição na autonomia, liberdade, visitas e revezamentos, o que denota a ruptura das relações sociais, achado que corrobora com o do presente estudo. Sanches e Boemer (2002) encontraram, em sua investigação, a concepção de dor como algo que afeta o ser-no-mundo-com-os-outros, em que a algia foi descrita como uma interferência no convívio social.

Essa dimensão da dor também foi encontrada na pesquisa fenomenológica de Salazar e Noriega (2011) com pacientes hospitalizados em Nuevo Chimbote, no Peru, em que esses pacientes se queixaram das restrições das visitas familiares, promotoras de angústia pela separação, visto não atender a uma necessidade emocional que é o suporte sociofamiliar. Desse modo, constata-se que a vivência de dor social, componente da dor total, faz-se presente durante o processo de adoecimento e institucionalização do paciente entrevistado, demonstrando um rompimento na habitualidade do ser-no-mundo e uma reestruturação do campo fenomênico. Essa vivência denota uma fratura ontológica na condição de seres do e para o contato, conforme nos aponta a clínica gestáltica enquanto uma terapia do contato (Ginger; Ginger, 1995).

#### 6.4 Oscilações nas vivências dolorosas

As experiências de dor total, para o colaborador, são oscilantes, demarcando a dor como um processo labiríntico. Estes excertos demonstram essa vivência: “um dia você tá de um jeito, no outro, de outra maneira, e por aí vai. Um dia você tá com dor, outro dia você não tá. Ela alterna. Entendeu?”. O paciente acrescenta que “quando tá dopado ela cessa mais, aí quando você ‘desdopa’ ela volta, começa querer voltar”.

O colaborador afirma que sua dor alterna, ou seja, ocorre em alguns momentos de acordo com uma variedade de fatores, incluindo também o término da ação medicamentosa. Esse dado se refere a um aspecto de

classificação e de características do fenômeno álgico. Hennemann-Krause (2012) afirma que a dor pode ser classificada quanto à sua causa, evolução no tempo, origem, localização, comprometimento na funcionalidade, intensidade e amplificação psicogênica.

No aspecto temporal, o autor classifica a dor em aguda, crônica, incidental, intermitente e episódica. No caso do colaborador desta pesquisa, sua dor é classificada como intermitente/recorrente, e, para esse autor, é uma dor episódica, que surge em intervalos de tempo e com certa regularidade, caracterizada por episódios intercalados.

As descrições fenomenológicas acerca das oscilações na algia demonstram uma dimensão ontológica da existência humana que, para a Gestalt-terapia, é a natureza cíclica. Ribeiro (2019, p. 19) afirma que o ser humano funciona em ciclos, ou seja:

A natureza procede através de ciclos: lunares, menstruais, solares, das estações, das marés altas e baixas, das camadas geográficas etc., só que, em nosso caso, os ciclos são apenas movimentos orgânicos de procura de satisfação de necessidades através do contato, nos mais variados níveis.

Na abordagem holística e ecológica da Gestalt-terapia, o ser humano é visto como parte da natureza, é ser-natureza, e assemelha-se aos movimentos naturais do ecossistema. Em outra publicação, Ribeiro (2009, p. 130) reitera que “somos cíclicos, vivemos em ciclos físicos, existenciais e espirituais”. Esse autor busca elucidar que a vida acontece em forma de ciclos, incluindo o processo de adoecimento, visto que em Gestalt-terapia se acredita que toda experiência acontece por meio de um ciclo do contato, com seus fatores de cura e suas interrupções. A dor alternada desse colaborador acontece de maneira semelhante ao movimento cíclico da existência. Essa categoria desvela essa asserção, demonstrando uma vivência cíclica e não linear, portanto, de nível ontológico.

Importante destacar que Rehfeld (2009), ao conceituar a Gestalt-terapia como uma abordagem fenomenológico-existencial, afirma que o que diferencia uma psicoterapia fenomenológico-existencial das outras

abordagens é o compromisso com a compreensão ontológica. Com isso, o autor sinaliza que, além dos aspectos ônticos, o psicoterapeuta deve se atentar para os aspectos ontológicos da situação clínica, o que requer abertura maior para compreender o mundo, o próprio ser-no-mundo e as condições inerentes a todos os seres humanos. Afirmar ainda que uma abordagem fenomenológico-existencial deve partir sempre de uma compreensão ôntico-ontológica. Nesse sentido, o gestalt-terapeuta deve compreender a experiência cíclica do colaborador em uma perspectiva ontológica. Para esse paciente, vivenciar a dor total no final da vida, no contexto de Cuidados Paliativos em Infectologia, é uma experiência oscilante.

## 6.5 Fé abalada

Nesta categoria, observa-se a presença da dor espiritual no final da vida. O colaborador revela que o adoecimento e a internação provocaram um abalo em sua fé e o sentimento de medo. Ele diz que “abalou, abalou um pouco”. Em seguida, verbaliza que “tá abalada, mas não tá destruída”. O verbo abalar, para o entrevistado, denota fragilidade em sua fé e sofrimento espiritual, mas não extinção de suas crenças.

Outro trecho da entrevista elucida essa unidade de significado:

Abala, porque essa doença é temida, ela é bastante conhecida. Essa doencinha é igual uma cobra, uma cobra cascavel, conhecida, a gente tem medo, no fundo a gente tem medo, tem sim. Mas o choro vem à noite e a alegria no amanhecer. Ela é temida. Vou desafiar não.

Nesse excerto, o paciente associa sua doença com uma cobra cascavel para elucidar que, apesar do conhecimento acerca do quadro clínico, há presença de medo, o que faz com que se tenha uma atitude de defesa e proteção. Em outra parte da entrevista, ele diz que “eu não tô conformado, eu tô conformando”, o que indica que o processo de aceitação de seu adoecimento e morte está em curso, com *gestalten* existenciais e espirituais em aberto, denotando possível fragilidade.

A espiritualidade, para a Gestalt-terapia, é uma dimensão do ser humano que compõe sua totalidade e deve ser compreendida no processo clínico. Ribeiro (2009) define a espiritualidade como um lugar existencial, um processo dinâmico em que há transcendência da materialidade. Segundo o autor, é uma vivência de contato pleno que promove uma nova ordem de significados, ressignificando as coisas e promovendo a passagem do profano para o sagrado. Desse modo, a espiritualidade é uma atitude para o crescimento pessoal de modo mais autêntico e livre, transcendendo a si mesmo.

A literatura científica aponta alguns achados acerca das facetas da espiritualidade que incluem a dor e o sofrimento espirituais, no contexto dos adoecimentos. Hennemann-Krause (2012) define a dor espiritual como a perda da esperança e do sentido da vida, é uma “dor da alma”. Empiricamente, Gomes *et al.* (2019), em estudo qualitativo do tipo descritivo exploratório, com vinte e nove pacientes com doença falciforme, encontraram, em sua amostra, a espiritualidade prejudicada, indicativa de sofrimento espiritual. Os autores descrevem sentimentos de orfandade em relação à figura divina, questionamentos acerca do sofrimento e das complicações clínicas vivenciadas e a percepção da doença como castigo divino, demonstrando índices de dor espiritual.

Na pesquisa de Pinho *et al.* (2017) obteve-se um quantitativo de 73,1% de sofrimento espiritual na população estudada de pessoas vivendo com HIV/Aids e 36,5% de religiosidade prejudicada, com 19,2% em ambas as dimensões. Em revisão integrativa, Brito, Pôrto, Sousa, Neto e Silva (2017) encontraram como diagnóstico de enfermagem a religiosidade prejudicada nas publicações analisadas acerca de pacientes com HIV/Aids, como um processo de diminuição da fé em si e no outro, ou como um não apego a um apoio espiritual. Esse dado se assemelha à fala do colaborador ao descrever sua fé abalada, ou seja, diminuída.

A vivência de fé não impede o sofrimento, como afirmam Reis, Farias e Quintana (2017), o que foi empiricamente demonstrado na fala do colaborador desta pesquisa. Os autores alegam que, mesmo com a presença de fé, quando ocorre o adoecimento, há um confronto com a doença e com a possibilidade de morte, o que gera no ser humano ansiedade e angústia.

Olhar para a condição humana de finitude e terminalidade é mobilizador de dor espiritual. Esse achado é corroborado por Silva *et al.* (2015), que descrevem um caso clínico de paciente sob Cuidados Paliativos com conflitos religiosos e fé abalada, o que engendrava episódios de dor intensa associada a sintomas psicológicos como a tristeza e o medo, demonstrando as diversas facetas da experiência de dor.

Desse modo, evidencia-se a dor espiritual como componente integrante da dor total, como encontrada na análise fenomenológica efetuada com o entrevistado, demandando uma atenção clínica em Gestalt-terapia que acolha sua fragilidade espiritual.

## 7. Considerações finais

A experiência de dor total durante o processo de adoecimento e internação é frequentemente vivenciada pelos pacientes, mas, muitas vezes, silenciada, negligenciada e/ou subtratada. No fim da vida, a vivência de dor total é comumente experimentada, promovendo sofrimento na totalidade do ser humano, o que repercute em um processo de morte indigna. Por isso, esta pesquisa buscou a compreensão desse processo no campo dos Cuidados Paliativos a partir da Gestalt-terapia Ampliada, no contexto da Psicoinfecologia.

Os resultados, obtidos mediante redução fenomenológica e categorizados em cinco unidades de sentido, apontam a experiência de dor física percebida como insuportável e como cruel, o que denota uma dor psicoeemocional subjacente. O colaborador percebe sua vivência dolorosa como falsa para elucidar que a farmacoterapia não tem sido suficiente para o controle do quadro algíco, o que nos leva a constatar outras dimensões da dor para além da dimensão física, revelando um princípio gestáltico de que o todo é maior que a soma das partes e de que as partes contêm o todo. Somos uma totalidade e, assim sendo, a dor se dá na totalidade do ser.

Os dados descrevem o desejo de retorno à habitualidade do ser-no-mundo e do ser-com, o que mostra a dor social de estar doente por doença infecciosa, nesse caso, pneumonia bacteriana. Constata-se, segundo

a Abordagem Gestáltica, uma fratura na dimensão ontológica que é o de sermos seres de relação e de contato. Outra dimensão ontológica encontrada foi a experiência de dor cíclica, de um movimento oscilante na algia, que se assemelha ao movimento natural da existência e da natureza, por isso, de nível ontológico. Ao relatar seu processo de adoecimento e de internação, o entrevistado exprime sua fé abalada, mas não destruída, refletindo os conflitos religiosos que delatam a dor espiritual e que compõem a totalidade do sofrimento existencial do paciente em final de vida.

Assim sendo, as reduções fenomenológicas das verbalizações do paciente sugerem a vivência de dor em toda sua totalidade, em sua síntese biopsicossocioespiritual. Constata-se, portanto, a dor total de paciente em Cuidado Paliativo exclusivo internado em hospital especializado em Infectologia com quadro de pneumonia bacteriana. A pesquisa revela implicações e repercussões na totalidade do ser-no-mundo, engendrando um sofrimento total no final da vida, um sofrimento em toda a existência do entrevistado.

Este estudo tem uma implicação ética, pois buscou dar voz aos que são muitas vezes silenciados, os pacientes com dor total em final de vida, nesse caso, representado por um paciente. A fenomenologia como busca da compreensão das experiências revela-se como instrumento ético-político de escuta e de reflexão acerca do sofrimento humano no processo de adoecimento. E a Gestalt-terapia, como abordagem fenomenológica-existencial, mostra-se potente no cuidado desses pacientes, com contribuições para a clínica ampliada, incluindo a atuação em Psicoinfetologia.

## Referências

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2020.

AMATUZZI, M. M. Pesquisa fenomenológica em Psicologia. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. (org.). **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2012.

ASSIS, G. A. P. A abordagem gestáltica com gays em processo de morte pela Aids: experiências em clínica ampliada. In: ALVIM, M.; BARROS, P.; ALENCAR, S.; BRITO, V. (org.). **Por uma gestalt-terapia crítica e política: relações raciais, gênero e diversidade sexual**. Porto Alegre: Editora Fi, 2022.

BARBOSA, N. C.; MACHADO, M. Internação mediada: as novas configurações da internação hospitalar na era das mídias sociais. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 24, p. 1-17, 2020.

BRITO, J. L. O. P.; PÔRTO, S. C. A. S.; SOUSA, M. J. S.; NETO, V. L. S.; SILVA, R. A. R. Diagnósticos, intervenções e resultados esperados de enfermagem para pacientes com HIV/Aids: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 165-172, 2017.

BRITO, M. A. Q. Gestalt-terapia na clínica ampliada. In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (org.). **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manjeio em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2015.

CAMPOS, A. F.; DALTRO, M. A clínica ampliada no enfoque da gestalt-terapia. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 59-68, 2015.

CARVALHO, M. M. M. J. A dor do adoecer e do morrer. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 77, n. 2, p. 322-328, 2009.

CARVALHO, M. V. B.; MERIGHI, M. A. B. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 951-959, 2005.

CASTRO, D. R. B.; GURGEL, L. A. Considerações teóricas: psicologia hospitalar e gestalt-terapia. In: SOUSA, A. S.; CASTRO, D. R. B.; ARRAIS, R. H. (org.). **Psicologia Hospitalar: debates contemporâneos**. Curitiba: Editora CRV, 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, p. 44-46, 2016.

DE CASTRO, T. G.; GOMES, W. B. Aplicação do método fenomenológico a pesquisa em psicologia: tradições e tendências. **Estudos de Psicologia**, v. 28, n. 2, p.153-161, 2011.

DEL RASO, A. A.; MENDONÇA, B. I. O. **Gestalt-terapia Ampliada: práticas integrativas e humanização em saúde e assistência social**. Curitiba: Juruá, 2021.

ESTEVÃO, A. L. P.; SILVEIRA, T. M. A Gestalt-terapia no contexto hospitalar: compreensão, postura e possibilidades. **Revista IGT na Rede**, v. 11, n. 21, p. 282-296, 2014.

FONSECA, C. Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Anais da XXI Reunião Anual da ANPED**. Caxambu, MG, Brasil, 1998.

GALVAN, D. C.; KAUFMANN, G.; BRUSTOLIN, A. M.; ASCARI, R. A. Percepção dos pacientes acometidos pela leucemia frente à internação hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, p. 647-657, 2013.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt: uma terapia do contato**. São Paulo: Summus, 1995.

GIORGI, A. Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. In: POUPART, J. (org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

GIORGI, A.; SOUSA, D. **Método fenomenológico de investigação em psicologia**. Lisboa, Portugal: Fim de Século, 2010.

GIOVANETTI, J. P. Fenomenologia e prática clínica. In: GIOVANETTI, J. P. (org.). **Fenomenologia e Psicologia Clínica**. Belo horizonte: Artesã, 2018.

GOMES, M. V.; XAVIER, A. S. G.; CARVALHO, E. S. S.; CORDEIRO, R. C.; FERREIRA, S. L.; MORBECK, A. D. À espera de um milagre: espiritualidade/religiosidade no enfrentamento da doença falciforme. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1632-1639, 2019.

HENNEMANN-KRAUSE, L. Dor no fim da vida: avaliar para tratar. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, p. 26-31, 2012.

LÓPEZ, S. M. La entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 20, n. 1, p. 71-76, 2014.

MEIRELES, C. C. S.; GOMES, S. F. S.; BEZERRA, S. L.; SOARES, S. C.; MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Dor em UTI: prevalência e características da queixa dos pacientes. **Revista da SOBECC**, v. 11, n. 4, p. 37-41, 2006.

MENDES, T. R.; BOAVENTURA, R. P.; CASTRO, M. C.; MENDONÇA, M. A. O. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. **Acta Paul Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 356-361, 2014.

MORAES, L. P.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; MARTINS, C. L.; LONGARAY, T. M.; NASCIMENTO, L.; BRAZ, D. L.; SEBOLD, L. F.; ANTONIOLLI, L. Apoio social e qualidade de vida na perspectiva de pessoas que sofreram queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 3, p. 142-147, 2016.

MOTTA, H. L.; ASSIS, G. A. P.; SATELIS, L. R. A gestalt-terapia como clínica do encontro: compreendendo a relação dialógica. **Revista de Abordagem Gestáltica**, v. 26, p. 382-392, 2020.

OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; BUDÓ, M. L. D.; KRUSE, M. H. L.; BEUTER, M. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 591-599, 2012.

PINHO, C. M.; GOMES, E. T.; TRAJANO, M. F. C.; CAVALCANTI, A. T. A.; ANDRADE, M. S.; VALENÇA, M. P. Religiosidade prejudicada e sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, p. 1-7, 2017.

REIS, C. G. C.; FARIAS, C. P.; QUINTANA, A. M. O vazio de sentido: suporte da religiosidade para pacientes com câncer avançado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, p. 106-118, 2017.

RIBEIRO, J. P. **O ciclo do contato**: temas básicos na abordagem gestáltica. São Paulo: Summus, 2019.

RIBEIRO, J. P. **Holismo, ecologia e espiritualidade**: caminhos de uma gestalt plena. São Paulo: Summus, 2009.

SADALA, M. L. A. A fenomenologia como método para investigar a experiência vivida: uma perspectiva do pensamento de Husserl e de Merleau-

Ponty. In: **Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**, v. 2, 2004.

SALAZAR, L. M. G.; NORIEGA, N. C. Vivencias del paciente adulto hospitalizado em elservicio de emergenciadel Hospital Regional Eleazar Guzman Barron. **Crescendo**, v. 2, n. 1, p. 97-106, 2011.

SAMPAIO, S. G. S. M.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P. Medicamentos e controle de dor: experiência de um Centro de Referência em Cuidados Paliativos no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 2, p. 1-9, 2019.

SANCHES, L. M.; BOEMER, M. R. O convívio com a dor: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 4, p. 386-393, 2002.

SAPETA, P. Dor total VS sofrimento: a interface com os cuidados paliativos. **Revista Dor**, v. 1, n. 15, p. 16-20, 2007.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2018.

SILVA, J. O.; ARAÚJO, V. M. C.; CARDOSO, B. G. M.; CARDOSO, M. G. M. Dimensão espiritual no controle da dor e sofrimento do paciente com câncer avançado: relato de caso. **Revista Dor**, v. 16, n. 1, p. 71-74, 2015.

SOUZA, H. L. R. Compreensão da gestalt-terapia nos cuidados paliativos. In: DEL RASO, A. A.; RIBEIRO, R. S. (org.). **Psicologia Hospitalar e da Saúde: teoria e prática à luz da Gestalt-terapia**. Curitiba: Juruá, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines**. Geneva: WHO, 2002.

The background features a series of concentric, light-colored circles centered on the page. Overlaid on these are several abstract, organic shapes in shades of orange and light blue. Two small 'x' marks are positioned in the upper left and right areas, and a small orange triangle is located to the right of the main title.

**INDIVÍDUOS SOROPOSITIVOS  
E DIREITOS HUMANOS:  
UM ESTUDO À LUZ DA ANÁLISE  
DO COMPORTAMENTO**

*Rafaela Morcerf Lopes  
Wanderson Barreto*

**Resumo:** Considerando os preconceitos ainda existentes na nossa sociedade acerca da temática HIV/Aids, tem-se constatado a desinformação da população sobre esse assunto, o que ainda hoje gera concepções que invalidam as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHIV). Dessa forma, o objetivo desta investigação foi compreender como analistas do comportamento podem se empenhar nos estudos dos direitos das PVHIV, bem como participar da luta contra a discriminação vivenciada por elas. A pergunta central do presente estudo é: como os ideais dos Direitos Humanos e os estudos dos analistas do comportamento podem contribuir para o debate em torno dos direitos das PVHIV? Para tentar elucidar essas questões foram realizadas pesquisas em artigos nas principais revistas de Análise do Comportamento e a análise de três leis que amparam as PVHIV.

**Palavras-chave:** Análise do comportamento. Direitos Humanos. HIV/Aids. PVHIV.

**Abstract:** Considering the prejudices that still exist in our society about the HIV/AIDS theme, it has been noticed that the population is not informed about this subject, which even today generates concepts that invalidate people living with HIV/AIDS (PLHIV). Thus, the objective of the study was to understand how behavior analysts can engage in studies of the rights of PLHIV, as well as participate in the fight against discrimination experienced by these people. The central question of the present study is: how can the ideals of Human Rights and the studies of Behavior Analysts contribute to the debate around the rights of PLHIV? To try to elucidate these questions, research was carried out in articles in the main Behavior Analysis magazines and analysis of three laws that support PLHIV.

**Keywords:** Behavior analysis. Human Rights. VIH/Sida. PLHIV.

## 1. Introdução

Considerando a desinformação e o preconceito ainda presentes em nossa sociedade, o assunto HIV/Aids, apesar dos avanços científicos e das políticas públicas, ainda tem sido associado à doença fatal e a alguns estereótipos, tais como: magreza excessiva, óbito certo e com rapidez, impossibilidade de relacionamento erótico com outras pessoas, exclusão social por pessoas leigas e demais preconceitos decorrentes do falso entendimento de que a forma de contágio se dá pela simples troca de contato.

A temática do HIV/Aids também tem sido tratada em pesquisas que visam à superação do preconceito e à produção de informações de qualidade. Ainda que haja estudos a respeito de uma possível cura definitiva,

atualmente é correto afirmar que o tratamento com terapia antirretroviral (ART) tem prolongado a vida das pessoas infectadas pelo HIV/Aids e diminui as chances de transmissão da doença.

Foi identificado que atualmente existem algumas leis que especificam sobre os direitos das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHIV), mas, no Brasil, os estudos analítico-comportamentais sobre o tema são raros. Sendo assim, a pergunta central do presente estudo é: como os ideais dos Direitos Humanos e os estudos dos analistas do comportamento podem contribuir para o debate em torno dos direitos das PVHIV?

Constata-se que a temática tem sido abordada especialmente em datas específicas, como o Dia Mundial de Combate à Aids (1 de dezembro), porém, costuma ser mais voltada para formas de prevenção, não considerando a importância de se destacar os direitos que as PVHIV possuem e que muitos podem não conhecer.

Diante do exposto, o presente estudo se propôs a discutir como analistas do comportamento podem se engajar em estudos sobre os direitos das PVHIV, bem como participar da luta contra a discriminação de pessoas soropositivas. Acredita-se que a Análise do Comportamento também tenha conceitos e modelos interpretativos que possam contribuir para a compreensão do referido fenômeno. Esta pesquisa também tentou analisar como as PVHIV são amparadas pelos Direitos Humanos e, por meio da utilização dos conceitos e explicações analítico-comportamentais, visamos compreender o preconceito vivenciado por elas e as formas de combatê-lo.

## 2. Desenvolvimento

Tendo em vista os objetos da presente pesquisa, a contar as pessoas com HIV/Aids, os Direitos Humanos e a Análise do Comportamento, algumas definições são necessárias. O HIV é a sigla para Vírus da Imunodeficiência Humana que pode levar à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). O corpo humano, por si só, não é capaz de se livrar do vírus, sendo necessário o tratamento com terapia antirretroviral (ART) que diminui a possibilidade de transmissão e prolonga a vida das PVHIV (Unids, sem data).

Os Direitos Humanos têm como objetivo a proteção das pessoas de acordo com as circunstâncias em que estão inseridas, valorizando a dignidade humana, protegendo os direitos e a liberdade (Silveira, 2022). Desse modo, Dittrich (2022) sugere que, por sermos humanos, deveríamos ter garantidos alguns direitos, sendo estes entendidos como não naturais ou divinos, mas sim como um produto do comportamento social. O autor considera tais direitos como um acordo coletivo, em que os seres humanos se reconhecem como tal e assumem o compromisso de assegurar todos os direitos necessários para sua sobrevivência.

A Análise do Comportamento é considerada uma ciência e uma profissão. Ciência, pois os analistas do comportamento investigam, por meio de pesquisas, como as variáveis ambientais podem influenciar os comportamentos. Profissão, porque a Análise do Comportamento tem sido empregada nos mais diversos contextos de atuação dos psicólogos em que o fenômeno comportamental precisa ser compreendido. Assim, a formulação atual da Análise do Comportamento está fundamentada na filosofia behaviorista radical e suas principais concepções foram apresentadas por Skinner (Moreira; Medeiros, 2019).

Segundo Barreto e Toassa (2021), ter conhecimento sobre o comportamento se faz importante para a compreensão de problemas sociais, de modo que a Psicologia pode contribuir na definição de comportamento adequado ou não e na maneira que deve ser erradicado ou estimulado. Segundo Skinner (1971/2002, 1974 *apud* Barreto; Toassa, 2021, p. 297) “quanto mais conhecemos sobre o que controla nosso comportamento, mais livres somos para lutar por novos caminhos e alterar nosso futuro”.

## 2.1 Aspectos históricos: Direitos Humanos e o fenômeno HIV/Aids

Em junho de 1981, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) foram notificados que cinco jovens em Los Angeles estavam com um tipo raro de pneumonia (*Pneumocystis jiroveci*) que seria inofensivo em pessoas saudáveis, porém eles ficaram gravemente doentes e dois vieram a falecer. O CDC foi então notificado de que havia outros casos em Nova York e São Francisco. Na época, os meios de

comunicação chamavam a enfermidade de “câncer gay” ou “pneumonia gay”, devido às pesquisas e casos iniciais serem identificados em homens homossexuais.

O meio acadêmico utilizava a sigla DIRG, que significa “doença imunológica relacionada aos gays”. Pensava-se tratar de uma doença restrita a uma população: os homens que mantinham relações com outros homens. Após as principais formas de transmissão serem mapeadas, a doença recebeu um novo nome no meio científico, passando de DIRG para Aids e deixando, então, de ser associada aos homossexuais e se tornando a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV (Timerman; Magalhães, 2015).

As primeiras notificações de casos de Aids no Brasil foram registradas no ano de 1982. As pessoas que viviam com o HIV/Aids eram vistas de forma estigmatizada, vinculadas aos grupos de homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. As campanhas governamentais presentes naquela época reforçavam o comportamento da população de deteriorar a imagem das pessoas soropositivas de forma discriminatória e alarmista (Crepop, 2020).

É importante especificar que HIV é uma sigla que significa Vírus da Imunodeficiência Humana. Trata-se de um vírus que ataca o sistema imunológico atingindo os linfócitos T CD4<sup>+</sup>, e faz cópias de si mesmo. A pessoa que possui diagnóstico de HIV pode viver anos sem apresentar sintomas da Aids, porém é necessário o acompanhamento médico e seguir o tratamento com Terapia Antirretroviral corretamente (Brasil, sem data).

Muitos pesquisadores buscaram compreender o modo como as pessoas compreendem o HIV e os indivíduos soropositivos. Taquette e Souza (2019) fizeram uma pesquisa com 39 entrevistados para saber quais seriam as concepções ou percepções dos jovens soropositivos com relação à prevenção e à infecção pelo HIV e para a grande maioria a escola seria o principal

---

<sup>1</sup> “Entre as células de defesa estão os linfócitos T-CD4+, principais alvos do HIV, vírus causador da Aids. Produzidos na glândula timo, eles aprendem a memorizar, reconhecer e destruir os microrganismos estranhos que entram no corpo humano. O HIV liga-se a um componente da membrana dessa célula, o CD4, penetrando no seu interior para se multiplicar. Com isso, o sistema de defesa vai pouco a pouco perdendo a capacidade de responder adequadamente, tornando o corpo mais vulnerável a doenças” (Brasil, sem data).

local de prevenção de HIV/Aids. As primeiras experiências com a educação sexual nas escolas, no Brasil, foram em 1960, porém eram de caráter higienista. Em 1970, com o movimento feminista houve modificações nesta situação, somente com o fim da ditadura e a abertura política em 1990 que houve propostas educacionais efetivas, mas ainda dentro do viés biologizante.

Em 2010 houve uma substituição na política governamental que passou a ser por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), que ampliou o contexto, incluindo outras faixas etárias e não priorizou as questões relacionadas à sexualidade. Esse programa, segundo o Ministério da Educação (Brasil, sem data) “visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira”. Também apresenta como objetivo a contribuição para a formação dos estudantes da educação básica, através de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde.

Segundo estatísticas da Unaid (2020), 1,5 milhão de pessoas foram infectadas pelo HIV, 37,7 milhões de pessoas estavam vivendo com HIV e 28,2 milhões de pessoas tinham acesso à terapia antirretroviral. Destes 37,7 milhões, 36 são pessoas adultas e 1,7 milhão são crianças entre 0 e 14 anos. Essas estatísticas apresentam o dado de que as infecções pelo HIV foram reduzidas em 52% desde o pico em 1997, mulheres e meninas são colocadas como responsáveis por 50% de todas as novas infecções em 2020. Os dados de mortalidade relacionada à Aids diminuíram em 53% entre mulheres e 41% entre homens desde 2010.

Os avanços científicos que oportunizaram melhorias na qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids decorrem, em partes, da busca pela promoção e manutenção dos Direitos Humanos.

No dia 10 de dezembro de 1948, a Organização das Nações Unidas (ONU), que na época era composta por 58 Estados-Membros, dava origem à Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), documento que até os dias atuais é considerado como referência para o encontro da humanidade consigo mesma. A necessidade da Declaração se fez valer a partir da Segunda Guerra Mundial, em que a sociedade buscava uma forma de se reconhecer como humanidade a partir do ocorrido nos campos de concentração (Simon, 2009).

A DUDH, segundo Sorto (2008, p. 20), “trata-se de documento marco que devolve o ser humano ao seu devido lugar, isto é, ao centro do processo normativo e protetor, dando-lhe a titularidade e a subjetividade no plano internacional”. É o documento com maior número de traduções, com mais de 500, contendo sete páginas, preâmbulo e 30 artigos (Dittrich, 2022).

Segundo Dittrich (2022, p. 89) a Declaração é composta por:

O direito à vida, à segurança, à livre circulação, à igualdade perante a lei, à educação, ao trabalho, à propriedade, ao repouso, ao lazer e às férias, aos benefícios produzidos pela cultura pela arte e pela ciência, ao culto religioso, à livre expressão de pensamentos e opiniões, à reunião e associação, e a votar e ser votado para cargos públicos.

## 2.2 Perspectiva analítico-comportamental do preconceito e dos Direitos Humanos

A Análise do Comportamento é uma abordagem psicológica que tem como objeto de estudo o comportamento. Os profissionais que atuam com essa abordagem investigam o comportamento humano de acordo com sua interação com o ambiente. Entende-se por ambiente todos os aspectos que influenciam o comportamento do indivíduo, podendo, em parte, ser dividido em estímulos públicos que são observados por terceiros ou estímulos privados observados apenas pelo próprio organismo (Moreira; Medeiros, 2019). Conforme Todorov (2007, p. 58):

As interações organismo-ambiente são tais que podem ser vistas como um *continuum* no qual a passagem da Psicologia para a Biologia ou para as ciências sociais é muitas vezes questão de convenicionar-se limites ou de não se preocupar com eles.

Analistas do comportamento têm se dedicado a estudar, discutir e intervir em problemas vinculados aos ideais dos direitos humanos. Trabalham junto a diferentes grupos que são diretamente afetados por diferentes formas e contextos, nos quais, por diversas vezes, não sabem que possuem direitos garantidos por lei (Dittrich, 2022).

A psicologia, em especial a Análise do Comportamento, entende preconceito como sendo comportamentos privados e/ou públicos que foram culturalmente condicionados com relação a um grupo social ou um indivíduo, tornando-se uma atitude negativa (Nelson, 2009 *apud* Carvalho, 2020). Além disso, apreende o conceito de discriminação como um comportamento público contra um grupo ou contra as pessoas pertencentes a um determinado grupo, refere-se então ao nível de análise em que possa haver operacionalização do preconceito, ou seja, dá ao fenômeno do preconceito o caráter de comportamento operante<sup>2</sup> (Pereira; Vala, 2010 *apud* Carvalho, 2020).

Atualmente, pensar sobre o preconceito por uma perspectiva analítico-comportamental tem sido bastante desafiador, visto que há poucos materiais nacionais sobre o tema. Sendo assim, podemos considerar o que já tem sido investigado no que tange ao preconceito racial e sexual que, apesar de encontrarmos diversas conceitualizações sobre a temática, neste estudo partimos da concepção de que se trata de uma aversão a partir da generalização medíocre e inflexível de algumas pessoas, podendo ser direcionada a um grupo ou a um indivíduo por ser membro de tal grupo (Allport, 1954 *apud* Mizael, 2019).

A autora Mizael (2019) sugere, a partir da grandiosidade de conceitos atribuídos ao preconceito, que seja efetuada primeiramente uma revisão para levantar os estudos já realizados sobre o tema ao longo do tempo para analisar quais lacunas foram deixadas, posteriormente indica fazer uma análise funcional do que foi levantado. Ainda segundo Mizael (2019, p. 56):

Nas interpretações analítico-comportamentais, parece que preconceito é também considerado inevitável, ou melhor, que a categorização seja inevitável, uma vez que esta é estabelecida a partir de processos básicos de aprendizagem. Entretanto, o preconceito não é considerado intratável. Não obstante, um ponto que ainda é relativamente negligenciado nas interpretações analítico-comportamentais

---

<sup>2</sup> O comportamento operante diz respeito ao comportamento aprendido diariamente por meio de estímulos consequentes, basicamente, reforçadores e/ou punitivos, que afetam a maneira como um organismo se comporta em diferentes contextos.

é o papel dos contextos sociais, econômicos, políticos, históricos e culturais e da importância de salientar quais grupos detêm uma série de reforçadores e podem, portanto, determinar quais grupos serão considerados imorais e/ou inferiores, ou seja, grupos-alvo a serem combatidos, ou quais grupos serão reforçados ou punidos, muitas vezes independentemente de seus comportamentos emitidos.

Considerando os fatores históricos e culturais que oportunizam o preconceito, no estudo de Couto (2018), em que se analisou o preconceito sexual e de gênero a partir da visão analítico-comportamental, a autora resalta aspectos históricos que evidenciam o preconceito aprendido e reproduzido entre gerações e que colocam algumas práticas sexuais no campo das “minorias sexuais” ou “sexualidades periféricas”, ou seja, as sexualidades que fogem, de certo modo, do padrão heteronormativo e que são vistas como imorais, patológicas e não merecedoras de direitos. Nesse cenário, podemos também atribuir parte do preconceito contra indivíduos soropositivos ao preconceito sexual já evidente em nossa sociedade.

Nesse contexto, a presente pesquisa buscou explorar como analistas do comportamento poderiam relacionar os princípios dos Direitos Humanos com as vivências das pessoas com HIV/Aids, a fim de contribuir na superação de problemas decorrentes do preconceito e da discriminação contra essa parcela da população. Para tanto, seguem a proposta metodológica e a discussão proposta.

### 3. Método

Este estudo tem caráter teórico por discutir as temáticas dos Direitos Humanos e do HIV/Aids a partir dos conceitos e modelos explicativos da Análise do Comportamento. Trata-se, também, de uma pesquisa bibliográfica por investigar em artigos científicos publicados em revistas brasileiras da Análise do Comportamento a referida temática. As revistas selecionadas foram: Perspectivas em Análise do Comportamento, Revista Brasileira de Análise do Comportamento, Comportamento em Foco, Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva.

Além disso, utilizou-se a plataforma da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. A fim de complementar as análises, parte desta presente pesquisa é de natureza documental, pois visa analisar leis que garantem os direitos de Pessoas Vivendo com HIV/Aids. As leis referidas no estudo foram encontradas em pesquisa no Google usando o descritor “Direitos de pessoas vivendo com HIV/Aids”, o que levou a um resultado de um artigo presente no site da Un aids (2019) com o título de “Legislação Brasileira e o HIV”, em que constam os principais direitos garantidos às PVHIV.

Nas revistas brasileiras específicas da Análise do Comportamento, foram usados os descritores “Direitos Humanos” e “HIV/Aids”. Na Revista Perspectivas em Análise do Comportamento, encontraram-se dois artigos, na Revista Brasileira de Análise do Comportamento (REBAC) nenhum resultado foi obtido, na Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva (RBTC) não foram encontrados artigos sobre o tema do presente estudo que tivessem como base a Análise do Comportamento, na revista Comportamento em Foco foram obtidos dois artigos<sup>3</sup> e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, um artigo.

Cabe salientar que foram selecionados apenas artigos presentes nos arquivos das revistas mencionadas que apresentaram correspondência com o tema dos Direitos Humanos e HIV/Aids e tendo como base teórico-científica a Análise do Comportamento.

#### 4. Resultados e discussão

Conforme mencionado no método, nos resultados das buscas obteve-se o seguinte: na revista Perspectivas em Análise do Comportamento foi realizada a busca pelas palavras-chaves “Direitos Humanos” e como resultado foram encontrados dois artigos, ao pesquisar sobre HIV/Aids, não houve nenhum resultado, já na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações

---

<sup>3</sup> Porém houve divergência nas informações contidas no sumário que possui os artigos das revistas e nas edições propriamente ditas, os títulos dos artigos constantes no sumário que seriam selecionados para o estudo não constam em nenhuma das edições.

obteve-se um artigo. Em outras revistas da Análise do Comportamento, como: Revista Brasileira de Análise do Comportamento, Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva e Comportamento em foco, ao utilizar palavras-chaves relacionadas ao tema da pesquisa “indivíduos soropositivos e Direitos Humanos”, não houve resultados.

O Quadro 1 apresenta a organização dos resultados.

**Quadro 1** - Produções analítico-comportamentais brasileiras a respeito do HIV/Aids

Ano	Título	Autores	Tipo de Pesquisa	Revista Publicada
2012	Adesão à terapia antirretroviral em homens vivendo com HIV/Aids no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário: uma proposta de intervenção	Reis	Pesquisa experimental	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
2022	Direitos Humanos: por que analistas do comportamento deveriam se importar?	Dittrich	Pesquisa teórica e crítica	Revista Perspectivas em Análise do Comportamento
2022	Sobre a Resolução 001/1999 do CFP e o atendimento com vistas à reorientação sexual: registro de uma luta permanente	Zamignani e Rocha	Pesquisa teórica e documental	Revista Perspectivas em Análise do Comportamento

Fonte: Elaboração própria.

Na tese de mestrado apresentada por Reis (2012), foi realizado um estudo acerca da adesão à terapia antirretroviral em homens vivendo com HIV/Aids no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário (CHSP) no estado de São Paulo. A pesquisa realizada pela autora contou com três momentos distintos e oito participantes. No Momento 1 foi efetuada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a aplicação de três questionários: questionário para caracterização demográfica dos participantes, questionário para avaliar a história clínica e questionário para avaliação da adesão à terapia antirretroviral (CEAT-VIH).

No Momento 2 foram realizados quatro encontros com os participantes, a pesquisadora, uma enfermeira e uma médica infectologista, com o objetivo de levar informações a respeito do tratamento e da doença, aumentar a percepção que eles possuíam sobre os benefícios do tratamento e auxiliá-los nas dificuldades de aderência ao tratamento. E no Momento 3 a autora buscou identificar possíveis alterações nas medidas de adesão ao tratamento comparando os resultados obtidos no CEAT e nos resultados dos exames virológicos e imunológicos dos participantes. Também foi realizada pela autora a observação das visitas médicas. Obteve-se como resultado uma melhora no grau de adesão ao tratamento dos participantes, após o Momento 2, foi observado também um maior envolvimento no tratamento (Reis, 2012).

No artigo de Dittrich (2022), há uma apresentação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), e de maneira crítica menciona que o atual governo federal tem uma sequência de atos e declarações contrários aos Direitos Humanos, e às pessoas e organizações que os defendem. Também traz a maneira que a DUDH influencia o comportamento humano, de modo que a referida Declaração não especifica de forma direta as respostas que deveriam ser emitidas, apenas indica os direitos que devem ser garantidos, assim como não aponta as possíveis consequências para aquele que segue ou não suas regras (Dittrich, 2022).

Nas palavras de Dittrich (2022, p. 93):

Seja qual for nossa profissão, nós, Analistas do Comportamento, trabalhamos junto a pessoas cujas vidas são diretamente afetadas,

de diferentes formas, por esse contexto – pelo qual também somos, é óbvio, afetados. Não temos, portanto, a opção de ignorá-lo.

O artigo que dispõe sobre a Resolução 001/1999 do CFP e o atendimento com vistas à reorientação sexual é um registro de um documento elaborado pela Associação Brasileira de Ciências do Comportamento (ABPMC) a partir da decisão proferida em resposta a uma Ação Popular proposta por três psicólogos para que fosse realizada uma revisão da resolução mencionada, a fim de permitir ao profissional de psicologia o atendimento com o objetivo de reorientação sexual e a promoção de estudos científicos sobre esse assunto.

A Resolução 001/1999 do CFP “estabelece normas de atuação para psicólogos em relação à questão da orientação sexual”, em que no parágrafo único diz que os psicólogos não devem colaborar com eventos e serviços que proponham tratamentos e cura das homossexualidades. Visa, então, promover a despatologização da homossexualidade e regula a prática do profissional de psicologia de acordo com esta questão (Zamignani; Rocha, 2022).

O juiz federal da 14ª Vara do Distrito Federal Waldemar Cláudio de Carvalho concedeu uma liminar favorável à Ação Popular. Dias após a decisão do juiz, o psicólogo e ex-presidente da ABPMC - Denis Zamignani elaborou um documento, tendo como base a Análise do Comportamento e seus princípios profissionais e éticos, contra o parecer do juiz. No ano seguinte, o Conselho Federal de Psicologia protocolou uma Reclamação Constitucional requerindo a suspensão dos efeitos da sentença proferida pelo juiz. No ano consecutivo à requisição do CFP, a ministra Carmem Lúcia decidiu suspender a tramitação da ação popular e seus efeitos judiciais, e alguns meses depois, publicou uma decisão cassando e determinando a baixa e arquivamento da Ação Popular (Zamignani; Rocha, 2022).

Apesar de os três artigos selecionados para o estudo versarem sobre HIV/Aids, não possuem em sua essência uma mesma linha de pesquisa. O primeiro trata-se de uma pesquisa realizada com homens que vivem com HIV/Aids no sistema prisional e a adesão ao tratamento com a terapia

antirretroviral. Já o segundo artigo traz aspectos da Declaração Universal dos Direitos Humanos e algumas críticas sobre a falta de especificação das consequências sofridas por aqueles que optarem por não cumprir as regras estabelecidas. E o terceiro artigo versa sobre uma crítica a uma ação popular para que psicólogos pudessem realizar a reorientação sexual e estudos acerca do assunto, tendo sido concedida uma liminar favorável por um juiz, retratando todo o desdobramento até a cassação da referida ação.

A partir de buscas realizadas por leis que estabelecem os direitos de Pessoas Vivendo com HIV/Aids foram encontradas as seguintes, especificadas no Quadro 2: Lei 9.313, de novembro de 1996, que torna gratuita a distribuição de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids, a Lei nº 12.984, de junho de 2014, que define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de Aids e, por fim, a Lei nº 14.289, de janeiro de 2022, que torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoas com hanseníase e com tuberculose., tendo como base a Resolução da ONU nº 217-A, que aprovou a Declaração Universal dos Direitos Humanos de dezembro de 1948.

**Quadro 2** - Leis referentes aos Direitos das Pessoas Vivendo com HIV/Aids

Ano	Título
1996	Lei nº 9.313/1996 – distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids
2014	Lei nº 12.984/2014 – crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de Aids
2022	Lei nº 14.289/2022 – obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelo HIV, das hepatites crônicas e de pessoas com hanseníase e com tuberculose

Fonte: Elaboração própria.

A Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, garante a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids, em seu art. 1º estabelece que essas pessoas receberão os medicamentos necessários de maneira gratuita através do Sistema Único de Saúde. Nela, consta que o Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, terá um padrão dos medicamentos que deve ser revisto anualmente ou quando necessário, para os estágios evolutivos da infecção e da doença.

Já a Lei nº 12.984, de 02 de junho de 2014, define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de Aids, constituindo este tipo de crime como passível à penalização de reclusão de 1 a 4 anos e multa. Especifica as condutas discriminatórias como sendo: impedir que o indivíduo permaneça como aluno em qualquer estabelecimento de ensino; que seja contestado emprego ou trabalho; exonerar ou demitir; segregar em qualquer ambiente em que conviva; divulgar a condição de portador do vírus com o objetivo de ofender a dignidade e recusar ou retardar o atendimento à saúde.

A Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022, tem por objetivo tornar obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose. Em seu art. 2º veda a divulgação tanto por agentes públicos quanto privados de quaisquer informações que possam permitir a identificação da condição de pessoa com as referidas enfermidades, nos diversos contextos nos quais esteja inserida.

No parágrafo único, relata que o sigilo somente poderá ser quebrado em casos que estejam determinados por lei, por justa causa ou a partir da autorização expressa da pessoa acometida, ou, em casos que o acometido seja criança, a autorização deve partir de seu responsável por meio de assinatura de termo de consentimento informado.

O art. 5º da referida lei informa que nos inquéritos ou processos judiciais que tenham como parte pessoa com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa

com hanseníase e com tuberculose, devem ser assegurados os meios necessários para a garantia do sigilo.

Diante do exposto, é relevante destacar que existem diversos direitos que as PVHIV possuem, porém, a partir do que pode ser observado, não são informações divulgadas nos diversos âmbitos e em diferentes momentos do cotidiano. No dia Mundial de Combate à Aids são expostas informações de prevenção e sobre a terapia antirretroviral, porém não se observam esclarecimentos sobre essas leis, algumas tão atuais, que asseguram essas pessoas.

Também deve ser levado em consideração o preconceito ainda existente, tanto voltado para as PVHIV quanto dos próprios pacientes acometidos pela infecção com relação às medicações ofertadas para o tratamento, pois muitos deixam de tomá-las devido aos efeitos colaterais existentes no início, ou pela quantidade de medicamentos que precisam tomar a depender dos resultados dos exames. Na pesquisa da autora Reis (2012), alguns participantes informaram que jogavam a medicação que o enfermeiro deixava para que eles tomassem ou tomavam em horários diferentes dos que eram indicados pelo médico. Nessa instituição os profissionais não observavam se o paciente havia de fato tomado a medicação, o que gerava esses resultados.

Outro fator que gera preocupação é o de que profissionais da área da psicologia buscaram maneiras de formalizar a atuação voltada para a reorientação sexual de seus pacientes, como relatado no artigo de Zamignani e Rocha (2022). Atualmente tem-se observado um grande movimento na tentativa de fazer cessar o preconceito voltado à população LGBTQIAP+, mas, atitudes como essas de profissionais que deveriam acolher as pessoas nos levam a um desapontamento e a ponderar sobre o que eles fazem no exercício de sua profissão.

Segundo Dittrich (2022), nosso país não garante de maneira satisfatória o que está estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), pois existem diferentes maneiras que as pessoas podem desfrutar desses direitos que estão relacionadas a um conjunto de contingências histórico-culturais – destacam-se a ordem econômica, racial, de orientação

sexual e de gênero. O autor ainda menciona que nossa sociedade desrespeita de maneira grave os direitos humanos e que as leis são interpretadas pela Análise do Comportamento como regras que não especificam contingências, apenas nos dão uma instrução, podendo elas serem cumpridas ou não pela comunidade.

Assim, para que o respeito aos direitos humanos se consolide de modo intergeracional, as práticas culturais que protegem e promovem esses direitos devem ser preservadas, aperfeiçoadas e ampliadas. Conforme progredimos na construção dessas práticas, deveríamos chegar ao ponto em que a Declaração Universal dos Direitos Humanos se torne desnecessária, porque seus princípios terão sido plenamente incorporados como o normal das relações humanas (Dittrich, 2022, p. 99).

## 5. Considerações finais

A presente pesquisa buscou analisar as leis existentes que resguardam as pessoas vivendo com HIV/Aids, bem como os estudos já realizados sobre a temática a partir da Análise do Comportamento, levando também em consideração a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Foi identificada a importância de tratar sobre este assunto no meio acadêmico, e, mais especificamente, na abordagem analítico-comportamental. Por ser constatado pouco movimento voltado a esse conteúdo dentro da Psicologia, entende-se que, a partir da divulgação e ampla pesquisa sobre o HIV/Aids, mais pessoas possam mudar suas concepções e ajudarem a todos a se sentirem mais amparados e informados sobre os direitos que possuem.

Nessa perspectiva, os resultados obtidos foram três artigos que versam sobre o assunto a partir da Análise do Comportamento (Quadro 1) e três leis que amparam os portadores do HIV/Aids (Quadro 2), sendo uma delas do ano de 2022. Mesmo os artigos tendo como base o HIV/Aids, cada um tem sua especificidade. O primeiro diz respeito a uma pesquisa acerca da adesão ao tratamento em homens do Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário (CHSP) no estado de São Paulo, o segundo aponta as razões pelas

quais os analistas do comportamento deveriam se interessar pelos direitos humanos, e o terceiro é uma pesquisa crítica sobre uma Ação Popular para que psicólogos pudessem trabalhar com reorientação sexual.

Destaca-se que a pergunta inicial deste trabalho foi: como os ideais dos Direitos Humanos e os estudos dos analistas do comportamento podem contribuir para o debate em torno dos direitos das PVHIV? Sendo assim, verificou-se que os analistas do comportamento vêm se mobilizando a investigar sobre os problemas existentes e vinculados aos direitos humanos. Porém essas pesquisas ainda são recentes e em pequenos volumes, fazendo-se necessário que existam mais pesquisadores com interesses voltados a essa temática para que se tenham outros pontos de vista dentro da Psicologia sobre o HIV/Aids e suas especificidades.

Entende-se que seja necessário, hoje, ampliar a maneira como as informações são difundidas nos diversos contextos em que as pessoas estão inseridas, principalmente no trabalho e nas escolas. Expandir também a informação sobre os direitos que os indivíduos soropositivos têm, e as leis que os amparam. Deve-se também destacar essas informações no Dia Mundial de Combate à Aids, quando se constata a divulgação de mais dados voltados para a prevenção.

A partir do estudo realizado e das buscas em diversas plataformas da Análise do Comportamento, restou evidente que os temas HIV/Aids e os Direitos Humanos são pouco pesquisados, sendo de suma importância que eles sejam mais explorados pelos pesquisadores.

## Referências

BARRETO, Wanderson; TOASSA, Gisele. O estudo do comportamento no contexto analítico-comportamental: uma historicidade crítica e reflexões ético-política. **Revista Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 12, n. 2, p. 289-303, abr. 2021. Disponível em: <https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/811/383>. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília DF: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9313.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm). Acesso em: 9 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014.** Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de Aids. Brasília DF: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/112984.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.984%2C%20DE%202,HIV%20e%20doentes%20de%20aids](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112984.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.984%2C%20DE%202,HIV%20e%20doentes%20de%20aids). Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022.** Torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose. Brasília DF: Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2022/lei/L14289.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14289.htm). Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Saúde nas Escolas.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>. Acesso em: 10 maio. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é o HIV.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv#footer>. Acesso em: 5 mar. 2022.

CARVALHO, Leticia Resende de. **Preconceitos pela perspectiva comportamental:** um estudo da correspondência dizer-fazer. Brasília, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/DYWiw1>. Acesso em: 18 jun. 2022.

COUTO, M. L. B. S. **Preconceito sexual e de gênero como um arranjo de contingências ontogenéticas e culturais**. Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil, 2018.

CREPOP. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/aids**. 2020. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2021/01/885.3-REFERE%CC%82NCIAS-TE%CC%81CNICAS-IST\\_AIDS\\_web4.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2021/01/885.3-REFERE%CC%82NCIAS-TE%CC%81CNICAS-IST_AIDS_web4.pdf). Acesso em: 25 fev. 2022.

DITTRICH, Alexandre. Direitos Humanos: por que analistas do comportamento deveriam se importar? **Revista Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 13, n. 1, p. 86-101, maio 2022. Disponível em: <https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/837/404>. Acesso em: 26 ago. 2022.

MIZAEL, Tâhcita Medrado. **Redução do preconceito racial: uma investigação analítico-comportamental**. São Paulo, 29 nov. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/12195/Tese%20T%C3%A1hcita%20Mizael%20Vers%C3%A3o%20Final%20%2818.01.2020%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 set. 2022.

MOREIRA, Márcio Borges; MEDEIROS, Carlos Augusto de. **Princípios Básicos de Análise do Comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Estatísticas**. 2020. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 25 fev. 2022.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Legislação brasileira e o HIV**. Conheça seus direitos. Disponível em: <https://unaid.org.br/conheca-seus-direitos/>. Acesso em: 9 set. 2022.

REIS, Sandra Regina de Oliveira Rodrigues dos. Adesão à terapia antirretroviral em homens vivendo com HIV/Aids no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário: uma proposta de intervenção. **Biblioteca Digital de Teses e Dissertações**. São Paulo, 18 maio 2012. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/16689>. Acesso em: 9 set. 2022.

SILVEIRA, Fatiane Nogueira. **Políticas Públicas e Comunitárias para a Proteção e Prevenção da Violência Doméstica em Jaguarão/Brasil e Rio Branco/Uruguai** – Desafios e Perspectivas. Pelotas, 2022. Disponível em: <https://pos.ucpel.edu.br/ppgps/wp-content/uploads/sites/5/2022/09/Fatiane-Nogueira-Silveira-POLITICAS-PUBLICAS-E-COMUNITARIAS-PARA-A-PROTECAO-E-PREVENCAO-DA-VIOLENCIA-DOMESTICA-EM-JAGUARAO-BRASIL-E-RIO-BRANCO-URUGUAI-DESAFIOS-E-PERSPECTIVAS.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

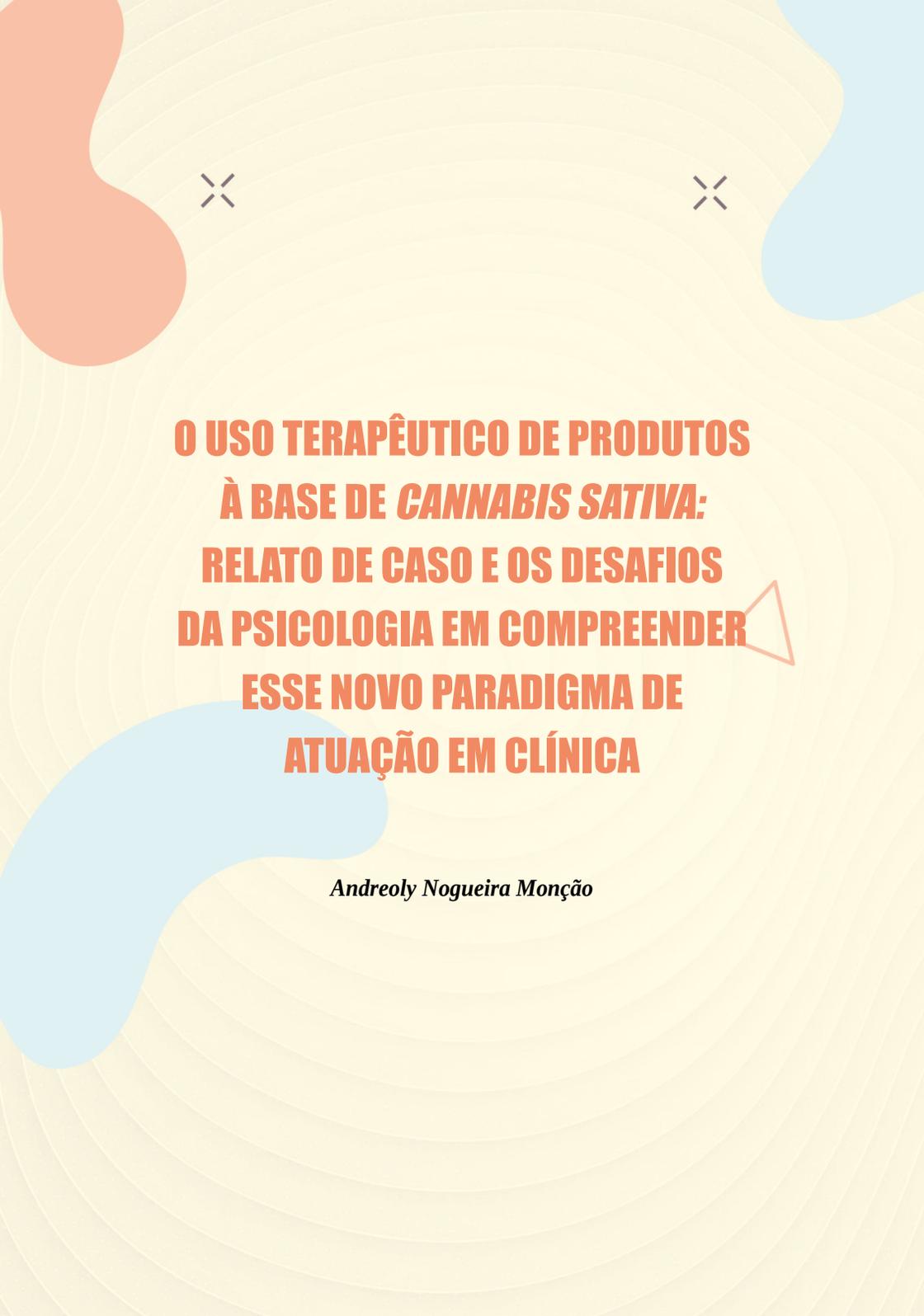
SIMON, Pedro. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Ideal de Justiça, Caminho da Paz. Senado Federal. Brasília, 2008. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/505869/declaracao.pdf>. Acesso em: 1 set. 2022.

SORTO, Fredys Orlando. A Declaração Universal dos Direitos Humanos no seu sexagésimo aniversário. **Verba Juris**, v. 7, n. 7, p. 9-34, dez. 2008. Disponível em: <http://www2.uesb.br/pedh/wp-content/uploads/2014/02/A-Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos-no-sexagesimo-aniversario.pdf> Acesso em: 31 ago. 2022.

TAQUETTE, Stella; SOUZA, Luciana. Prevenção de HIV-Aids na Concepção de Jovens Soropositivos. **Revista de Saúde Pública (RSP)**, São Paulo, 19 set. 2019. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php?xml=1518-8787-rsp-53-80.xml>. Acesso em: 30 mar. 2022.

TIMERMAN, Artur; MAGALHÃES, Naiara. **Histórias da AIDS**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

TODOROV, João Claudio. A Psicologia como o Estudo de Interações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. especial, p. 057-061, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/k8kWzyyTf6VsYM49FhM5c4v/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 nov. 2022.

The background features a series of concentric, light-colored circles centered on the page. Overlaid on these are several abstract, organic shapes in shades of orange and light blue. Two small 'x' marks are positioned in the upper left and right areas. A small orange triangle points towards the right side of the main text block.

**O USO TERAPÊUTICO DE PRODUTOS  
À BASE DE *CANNABIS SATIVA*:  
RELATO DE CASO E OS DESAFIOS  
DA PSICOLOGIA EM COMPREENDER  
ESSE NOVO PARADIGMA DE  
ATUAÇÃO EM CLÍNICA**

*Andreoly Nogueira Monção*

**Resumo:** O consumo de produtos à base da planta *cannabis sativa* com finalidades medicinais para tratamentos diversos aumentou bastante nos últimos cinco anos, revelando uma área promissora de estudos, assim como de pesquisas e estudos sendo publicados em periódicos, demonstrando o potencial terapêutico dessa planta, baseado em evidências. Infelizmente, por mais que o cenário de discussão para o consumo medicinal inclua a medicina e outras áreas como biomedicina, farmácia, nutrição e fisioterapia, percebe-se muito fracas a presença e a atuação da Psicologia nesses debates, o que é triste, pois revela-nos a herança arcaica de entendimentos sobre diagnóstico em psicopatologia ainda pautados no conservadorismo. Constata-se ainda profissionais da área presos ao entendimento de que o consumo de *cannabis* está relacionado à dependência química, a prejuízos cognitivos, dentre outros argumentos preconceituosos – tabus desconstruídos ao longo dos últimos anos. Este artigo apresenta um relato de caso de um paciente diagnosticado com estresse crônico, transtorno de ansiedade e outras comorbidades que resolveu fazer o uso de produtos à base de *cannabis sativa* a partir da importação autorizada pela Anvisa e que recentemente entrou em processo de judicialização para autocultivo de seu medicamento. Com isso tende a mostrar a evolução do quadro clínico de redução de sintomas, assim como aumento da percepção de bem-estar e resgate de qualidade de vida a partir do consumo desta planta.

**Palavras-chave:** *Cannabis Sativa*. Psicologia Clínica. Acompanhamento terapêutico.

**Abstract:** The consumption of products based on the *cannabis sativa* plant for medicinal purposes for various treatments has increased significantly in the last five years, revealing a promising area of studies as well as research and studies being published in journals demonstrating the therapeutic potential of this plant, based on evidence. Unfortunately, even though the debate scenario for medicinal consumption includes medicine and other areas such as biomedicine, pharmacy, nutrition and physiotherapy, the presence and role of Psychology in these debates is very weak, which is sad because it reveals us the archaic inheritance of understandings about diagnosis in psychopathology that are still guided by conservatism. It is also clear that professionals in the field are stuck with the understanding that *cannabis* consumption is related to chemical dependency, cognitive impairment, among other prejudiced arguments – taboos that have been deconstructed over the last few years. This article presents a case report of a patient diagnosed with chronic stress, anxiety disorder and other comorbidities and who decided to use *cannabis sativa*-based products from imports authorized by Anvisa and which recently entered into a judicialization process for self-cultivation of your medicine. This tends to show the evolution of the clinical picture of symptom reduction, as well as an increase in the perception of well-being and recovery of quality of life through the consumption of this plant.

**Keywords:** *Cannabis Sativa*. Clinical Psychology. Therapeutic monitoring.

## 1. Introdução

A história da maconha no Brasil ainda é uma incógnita. Alguns historiadores afirmam que vieram através dos navios negreiros com os escravos, outros, que o consumo já era realizado por povos mais pobres nos interiores do país, como uma forma de uso recreativo. Porém este artigo surgiu da necessidade de transmitir a você, leitor, o conhecimento científico sobre esse tema polêmico, debatido com muita paixão, mas também com preconceito. Este artigo pretende ser simples e apresentar as principais ideias dos desafios à psicologia de forma que todos, indistintamente, possam levar em consideração suas opiniões, mesmo que controversas.

França (2022), em seu tratado sobre a história da maconha no país, indica alguns fenômenos pertinentes, como o social e econômico, na constituição da existência da maconha no Brasil. Uma das dificuldades em debater esse tema se deve ao fato de a *cannabis* ter sido demonizada pela história, com histórias recheadas de *fake news* e interesses duvidosos, principalmente do alto escalão da sociedade brasileira, no período de ditadura militar, quando ocorreram intensas perseguições, torturas e prisões de artistas, intelectuais que faziam o uso recreativo da planta (por exemplo, Caetano Veloso, Gilberto Gil, Gal Costa, Rita Lee, entre outros).

É importante ressaltar que antes desse período macabro, na época do Brasil colônia, o consumo de *cannabis sativa* era algo comum para diversos tipos de patologias (veja os cigarros índios para sintomas de bronquite, catarro, etc.). As cordas das grandes caravelas eram feitas de cânhamo, uma espécie de *cannabis*, devido ao seu efeito duradouro e resistente. Alguns a chamam de ganja, erva, pito do pango, fumo de Angola, entre outros. Em termos gerais, trata-se de uma planta milenar utilizada para as mais diversas finalidades em culturas afora, e foi proscrita de forma irracional a partir da década de 1960, sendo proibido o consumo em diversos países desde o começo do século XX.

A pauta proibicionista no Brasil surgiu a partir da influência política xenofóbica e racista de Nixon e Reagan nos Estados Unidos, onde eles

condenavam os mexicanos e realizaram uma intensa propaganda sensacionalista associando o uso/consumo de cigarros de *cannabis* com homicídios, violências sexuais, e a famosa “a maconha é porta para outras drogas”, dentre outros crimes, que hoje sabemos através de estudos sérios que não há nenhuma relação que comprove tal argumentação (Rezende; Ferrado; Prado, 2023).

O grande paradoxo é que a ideologia da guerra às drogas no país em que se irradia (EUA) – mesmo com resultados desastrosos, milhões de dólares gastos, injustiças sociais – vem cedendo espaço para legislações para regulamentação e descriminalização do uso, ao passo que países *hermanos* como Argentina, Peru, Colômbia e Uruguai já possuem sua própria legislação para consumo, tanto recreativo quanto medicinal. Engraçado, não? No mínimo.

Sabemos que o proibicionismo no Brasil é de origem racista, onde temos a maior população carcerária do mundo por porte de maconha, sendo essa maioria composta por pretos, pobres e periféricos (Carneiro, 2018). Sabemos que não há o mesmo tratamento na abordagem a uma pessoa branca, de classe média. Pede-se evidência científica para muitas coisas, mas para proibição de drogas, não.

A questão é que as pessoas continuam usando e continuarão usando, quer queiram quer não, ou você, caro leitor, acha que a seu bel-prazer o consumo irá parar só porque a comunidade médica/psicológica conservadora reivindica? Ora, a falta de uma legislação específica e regulamentação sobre o porte e o consumo não pode prejudicar os pacientes que buscam a *cannabis* como alternativa terapêutica para tratamento complementar, uma vez que é um direito garantido pela Constituição Federal: o direito de acesso à saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, art. 196).

O retrocesso surgiu quando a aprovação da Lei nº 13 940/2019 escancarou o papel das internações compulsórias de indivíduos e comunidades terapêuticas – pasme, você: no tratamento de quem faz uso medicinal da planta para finalidades terapêuticas. A história do uso da *cannabis* para fins terapêuticos, assim como já fora citado, se concentra em datas seculares, onde povos, civilizações e culturas a consumiam para os mais diversos fins, sendo o uso terapêutico indicado pelos médicos da época para o combate de diversos males.

Na Europa foi difundida entre os círculos médicos, demonstrando ser promissora para o tratamento das patologias da época até que, infelizmente, baseada em uma política higienista, racista e xenofóbica, veio a sofrer sanções em seu consumo, a partir de justificativas elitistas, e principalmente por médicos brancos, heterossexuais, racistas, e que pretendiam “extirpar” da sociedade o fumo do negro (população que no Brasil mais a consumia) segundo França (2022).

De repente, por puro preconceito, a comunidade científica se viu diante de uma celeuma estabelecida por um discurso preconceituoso, anti-científico, em que predominavam as tentativas esdrúxulas de “limpar” a sociedade, homogeneizar a cultura de pesquisadores e, infelizmente, invalidar as evidências quanto ao uso terapêutico da maconha, inviabilizando debates em entraves na política, e em destaque a publicação de notícias sensacionalistas ou *fake news*, cujo teor não corresponde com as evidências já encontradas, segundo Colluci (2020), citada por Soares (2020, p. 62-66).

Como citam Saddi e Zemel (2021), mesmo na contramão do que se está fazendo no mundo – o Brasil, com suas decisões políticas retrógradas de saúde de entendimento sobre a dispensação e viabilização da *cannabis* medicinal pelo SUS – para nós, profissionais de saúde, o nosso dever é:

Lembramos ainda que o problema jamais é a droga em só. A maconha (...) examinada em múltiplas dimensões não existe sozinha. Existe para quem a usa, para quem a condena, existe numa grande rede simbólica atravessada por inúmeros interesses pela história humana (Saadi; Zemel, 2021, p. 15).

Este artigo tem como intuito introduzir o assunto ao leitor, não visando esgotá-lo, tendo em vista a dinâmica frequente do tema (Rodrigues, 2019). O interesse surgiu quando este autor participou do VIII Congresso Latino-Americano de Psicologia Analítica em 2017, realizado na cidade de Bogotá, Colômbia, onde, na oportunidade, apresentou um trabalho sobre a relação entre o consumo de *cannabis sativa* e a dimensão transpessoal da psique a partir de seus efeitos. De lá para cá, o interesse aumentou, assim como as pesquisas derivadas sobre o tema.

Este estudo apresenta a história e descrição da demanda do paciente “M” (batizado aqui para guardar seu sigilo de identificação) e seu consumo de produtos derivados da *cannabis* para os seus problemas psicológicos, assim como a evolução do quadro clínico. Atualmente conto com mais de 50 pacientes atendidos que fazem ou já fizeram o uso terapêutico da *cannabis* em sua forma medicinal para manejo de transtornos.

Os apontamentos até aqui não devem ser interpretados como apologia ao uso de substâncias ilícitas. O objetivo é levantar a conclusão a partir de estudos e informações disponíveis em pesquisas científicas. Sabemos que, quando se trata de contribuições científicas para as políticas de drogas no Brasil, acontece de os poderosos não aceitarem ser contrariados, permanecendo o *status quo* baseado em achismos e intolerância. Há um esforço pertinente das classes médicas em evitar a abordagem sobre o assunto, pois para elas não é vantajoso, uma vez que a hegemonia do viés de autoridade científica neste país tenta permanecer sob um ar austero.

No Brasil, a RDC número 265/2019 permite a importação de produtos que possuam as substâncias CBD e THC, quando realizada por pessoa física, para uso próprio, para tratamento de saúde, mediante prescrição médica, aplicando-se os mesmos requisitos estabelecidos pela Resolução da Diretoria Colegiada número RDC 17/2015, atualizada e melhorada pela RDC número 335/2020, definindo um marco regulatório.

Quanto à questão relativa ao autocultivo, a Lei de drogas número 11 343/2006 estabelece a viabilidade a partir de documentações que comprovem a condição do paciente que impetra o processo. Recentemente, ainda em setembro de 2023, a Terceira Seção do STJ garantiu o salvo-conduto

para cultivo de *cannabis* com finalidade medicinal, para garantir que pacientes não sofram sanção criminal pelo cultivo doméstico de *cannabis sativa* destinado à extração do óleo com finalidade medicinal, mesmo que em domicílio. Segundo o portal do próprio STJ:

Entre outros fundamentos, o colegiado considerou que, além de o cultivo não ter a finalidade de produzir ou comercializar entorpecentes, os pacientes dos casos analisados pela seção estão amparados não só por prescrição médica, mas também por autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para importação do canabidiol, o que evidencia que a própria autarquia sanitária tem reconhecido a necessidade de uso do produto em contexto terapêutico. A seção determinou a comunicação da decisão ao Ministério da Saúde e à Anvisa<sup>1</sup>.

Culturalmente há incrustado na compreensão de muitíssimos profissionais de saúde da psicologia o hiperfoco nos efeitos colaterais da maconha em detrimento da existência de compostos fitocanabinoides na planta que comprovadamente possuem propriedades terapêuticas já consolidadas em achados científicos e outras ainda em andamento. A atenção extrema dada aos efeitos colaterais da maconha é uma herança histórica que França (2020) demonstra em seu livro como sendo das opiniões opositivas e ações duras com usuários, endossados principalmente por médicos psiquiatras como Murad, Dória Jr e, principalmente, Pernambuco Filho, que chegou a enfatizar em um Congresso da ONU em 1924, em Genebra, na Suíça, para mais de 45 delegações, que “a maconha é mais prejudicial que o opioide” (Carlini, 2006) e que impossibilita a viabilidade de um debate e reflexão necessários para o avanço do propósito da ciência que é o de beneficiar a vida da população.

Não vamos muito longe. Em 2022, o próprio Conselho Federal de Medicina restringiu o uso terapêutico do canabidiol, e em 2023 a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) adotou uma postura de retrocesso, indo

<sup>1</sup> STJ. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2023/1409-2023-Terceira-Secao-garante-salvo-conduto-penal-para-cultivo-de-cannabis-com-finalidade-medicinal.aspx> Acesso em: 1 out. 2023.

contra as políticas públicas de evidências em saúde de outros países no que tange à escolha de canabidiol para cuidados de transtornos psicológicos (Costa, 2017).

Vale ressaltar que o Conselho Federal de Psicologia, em setembro de 2023, estabeleceu um GT em sua comunidade científica com a participação de grandes nomes como Fernando Beserra, psicólogo; Sandro Rodrigues e outros, sob a presidência de Pedro Paulo Gastalho de Bicalho, conselheiro presidente do Conselho Federal de Psicologia. Isso vem fomentando possibilidades para debates sobre o tema, assim como a forma da relação de trabalho dos profissionais psicólogos com o assunto e com as políticas de descriminalização do porte de *cannabis*, que vem sendo discutido amplamente no Supremo Tribunal Federal e ganhado força no Supremo Tribunal de Justiça a julgar a procedência da questão do uso, consumo para fins terapêuticos de produtos derivados da *cannabis*, assim como os psicodélicos.

Pensando nisso, a mudança que temos que discutir sobre esse assunto nessa oportunidade nos enriquece com capital intelectual suficiente para compreender que os efeitos das questões sociais como a descriminalização transferiria uma arrecadação bilionária de impostos, melhorando serviços públicos como escola e saúde. Mas, longe de me alongar sobre esse assunto, pretendo permanecer na reflexão sobre a prática clínica de um paciente que faz o uso terapêutico da *cannabis*.

Então fica a discussão a ser respondida: como a psicologia pode lidar com a *cannabis* enquanto uso medicinal em sua área do saber, se desvinculando dos julgamentos estereotipados? Porque de fato isso ainda persiste em nossa profissão. Como trabalhar isso em contexto de *setting* terapêutico de acordo? Como podemos contribuir para a construção de uma Psicologia Clínica baseada em evidências com a *cannabis* medicinal? Qual é a postura de cuidado do terapeuta a partir da perspectiva de redução de danos, que deveria ter aprendido desde a graduação?

Há controvérsias, há dúvidas e este artigo visa propor uma postura de “abertura da mente” para a compreensão e acolhimento desses fenômenos, auxiliando assim o terapeuta iniciante, bem como já experientes no tato de lidar com uma situação inédita em sua carreira.

## 2. Desenvolvimento

O paciente “M” entrou em contato para avaliação psicológica de seu quadro clínico, apontado em relatório médico por um profissional prescriptor de *cannabis* medicinal de São Paulo/SP. Segundo o relatório, o paciente é diagnosticado com transtorno de ansiedade F41.1, insônia e estresse.

Nas duas sessões realizadas, foi considerado pertinente o uso de instrumento de avaliação psicológica para averiguação do quadro de ansiedade e a realização de uma entrevista clínica estruturada do DSM-V (APA, 2013) para fins de discorrer com precisão o que desencadeou essa série de eventos relacionados aos diagnósticos, e buscar compreender o porquê da afirmação de que o uso de produtos derivados de *cannabis sativa* tem reduzido os sintomas pertinentes.

O paciente alega sofrer bastante com a inquietação e com os pensamentos acelerados, e se queixa das consequências oriundas, como tensão muscular, cansaço e bastante dificuldade de concentração. Ele começa a narrativa na primeira sessão citando um temor descabido em ser demitido no seu serviço, mesmo sem evidências que respaldem tal sentimento.

Dada essa introdução, na seção de análise serão apresentados mais relatos e o que o paciente espera de seu tratamento, suas expectativas para o resgate de qualidade de vida e bem-estar.

Foi prescrito para o paciente medicamento à base de *cannabis sativa*, e ele relata maior sensação de bem-estar e controle dos sintomas, além de ter uma noite de sono reparadora. Não faz uso de medicamentos alopáticos, apesar de ter relatado que usou algumas vezes e não ter suportado os efeitos colaterais, abandonando-os. Todas as informações repassadas pelo paciente são protegidas por determinação de sigilo do Conselho Federal de Psicologia, e a Lei Geral de Proteção de Dados.

Se o paciente vem fazendo uso de produtos à base de *cannabis sativa* e tem mostrado melhoras, é importante esclarecer neste documento as razões que levam a crer que o apoio de uma alternativa terapêutica possa ser necessário, tendo em vista que o paciente almejaria o autocultivo para continuar a posologia prescrita por seu médico particular.

### 3. Procedimentos

Os atendimentos ocorridos para o paciente “M” foram realizados em duas sessões agendadas previamente entre as partes, em que o paciente teve a oportunidade de apresentar a sua demanda, bem como as suas particularidades inerentes ao contexto terapêutico. Houve outras dez sessões realizadas. Foram utilizadas as recomendações da abordagem Terapias Contextuais em psicologia que prioriza o relato das vivências e experiências do paciente.

A história de tratamentos anteriores, além da observação do comportamento do paciente e da postura diante das realizações das sessões, foi considerada em um espaço – *setting* e *set* – para que o paciente pudesse se sentir seguro. Todas as informações relatadas são de caráter sigiloso, estando esse documento em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados, conforme resolução do Conselho Federal de Psicologia, para justamente conferir segurança ao paciente.

Previamente houve a emissão de contrato de prestação de serviços com todas as cláusulas, tendo o paciente assinado e estando de acordo, ciente de suas responsabilidades. As sessões foram realizadas através da Plataforma de vídeo chamada “WhatsApp” nos dias e horários combinados. Foi realizada uma devolutiva para o paciente, marcando um horário para que isso fosse possível.

#### 3.1 Análise

Os transtornos ansiosos vêm despertando cada vez mais interesse tanto na área acadêmica quanto na área clínica, uma vez que sua ocorrência aparece sempre em grau elevado, no que se refere a este tipo de patologia, chama a atenção para uma tendência claramente perceptível. De fato, a população tem sido exposta a estímulos cada vez mais complexos, rápidos e intensos como resultado da vida moderna. Tendemos cada vez mais a antecipar os acontecimentos, a nos preocuparmos bastante com eles e de um certo nível, a temermos (Clark; Beck, 2012). A ansiedade é definida

como um complexo transtorno caracterizando a pessoa que é diagnosticada com dificuldade para relaxar. A pessoa vive o tempo todo em estado de alerta, como se o pior fosse acontecer a qualquer momento.

O paciente “M” inicia o seu primeiro atendimento narrando histórias sobre como a ansiedade em seu passado o afetou, ainda na época como universitário. Pontua que ainda nesse período teve problemas com o uso abusivo de bebidas alcólicas, desenvolvendo episódios depressivos. Ainda na faculdade conheceu a sua atual companheira, com quem compartilha a vida, desenvolvendo-se uma relação estável, baseada em respeito mútuo.

Houve então um processo de mudança de cidade em que teve dificuldades para se adaptar, e se reconhece como alguém autocentrado em determinados assuntos, manifestando um hiperfoco generalizado. Em sessões, narrou já ter ouvido podcasts sobre psicologia e autoajuda e passou a reconhecer que precisa melhorar sua rotina de sono, assim como se expor ao sol, dentre outras medidas salutares com a ajuda de um profissional. Foi quando me procurou.

Passa a narrar então os efeitos do estresse sobre a sua rotina, principalmente com a queixa de que não conseguia descansar, principalmente nas primeiras sessões. Ora, em uma crise de ansiedade a pessoa piora à noite, os pensamentos ficam mais intensos, tem dificuldade para dormir e, quando dorme, não consegue dormir bem. A pessoa pensa sempre no pior cenário e que a qualquer momento vai acontecer alguma catástrofe. Se acontece algum imprevisto, ela logo pensa que vai dar tudo errado. A pessoa não tem atenção como antes, se distrai com facilidade e acaba perdendo coisas importantes, procrastinando e prejudicando o seu trabalho.

Considerando as características e a relevância que esses quadros sintomatológicos apresentam na vida do paciente “M”, é de considerar a extrema dificuldade em sua vida funcional devido à ansiedade e, conseqüentemente, problemas com insônia. Baseado no que relatou, há a presença de uma ameaça ao bem-estar subjetivo de uma forma em geral. Assim, a ansiedade pode ser prejudicial quando se manifesta em situações inapropriadas e de forma generalizada, desproporcional (Barlow, 2023).

Na segunda sessão o paciente relatou não fazer mais ingestão de bebida alcoólica com muita frequência, no entanto, “transferiu esses impulsos” para outros sintomas, como gastos excessivos em carros e perfumes, por exemplo. Disse em sessão permanecer mais ansioso e jogar videogames por horas a fio, e agora se encontra hiperfocado na carreira e focando mais nos estudos.

O paciente “M” narrou ter contato com o uso recreativo da *cannabis sativa* apenas na quarta sessão. Isso se deu em 2018, em um episódio de uso recreativo, e nesse período em que começou a fazer uso, o paciente notou que não tinha crises de ansiedade e que tinha diminuído o ritmo intenso de trabalho, além dos ataques de ansiedade. Na metade das sessões realizadas, a pandemia de Covid-19 foi deflagrada. Durante a pandemia ficou bem sozinho, o relacionamento começou a ficar mais abalado e foi um período que começou a investir mais em autoconhecimento, resolvendo realizar mais sessões ao longo da semana.

O estresse ocupa um espaço de importante debate acerca dos seus impactos, principalmente após a pandemia de Covid-19. O paciente relata intensos episódios após esse período, revelando um difícil manejo do quadro e implicando crises de ansiedade generalizada. Após a entrevista clínica realizada, pode-se observar que o paciente tem alguns traços de humor eufórico, podendo designar uma válvula de escape na impulsividade por compras, além de dormir menos que o necessário (8 horas) e já se sentir revigorado. O estresse gerado por isso é um fenômeno relacionado à vida do paciente e ao estado geral de sua saúde, que o compromete em sua vida cotidiana.

Já em terapia sendo realizada duas vezes na semana, o paciente relata que foi vítima de abuso sexual ainda na infância por um membro da família e que começou a ter acesso a conteúdo pornográfico a partir dos oito anos de idade, o que ele associou a intensos episódios de ansiedade na relação com sua companheira. Não tem feito uso de nenhuma medicação alopática, e apresenta dificuldades em manter um assunto em linearidade durante uma conversa devido ao nível de estresse.

Para Benzoni (2023), em sua essência, o estresse não é uma doença, mas uma resposta natural do organismo humano, envolvendo os sistemas

neurológico, psicológico e fisiológico, a situações percebidas como perigosas à integridade.

**Figura 1** - Modelo transteórico do fenômeno do estresse



Fonte: <https://psicopedagogiaespacocrser.blogspot.com/2012/10/sintomas-do-estresse.html>.

Esse modelo refere-se à interação entre força e a resistência oferecida à força diante de um evento ansiogênico. Sendo assim, é importante avaliar os efeitos do transtorno de ansiedade no corpo (somático e psíquico

do paciente). A engrenagem dos transtornos de ansiedade inclui transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas. O que necessita o paciente compreender é o desenvolvimento de estratégias de *coping*, ou seja, uma série de dispositivos internos e externos que o auxiliem a lidar com a questão do estresse e seus aspectos fisiológicos e psicológicos. As demandas externas do paciente aparentam ser de relevância considerável, uma vez que o comprometem em diversos setores da vida.

#### 4. Metodologia

Nesse sentido, foi proposto para que ele respondesse ao inventário de sintomas de estresse para adultos de LIPP, padronizado por Lipp e Guevara (1994). Ele fornece uma medida objetiva da sintomatologia de estresse em jovens acima de 15 anos e adultos. Sua aplicação é rápida e pode ser realizada individualmente. O instrumento é formado por três quadros referentes às fases do estresse. O primeiro, composto por 15 itens, refere-se aos sintomas físicos ou psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas; o segundo, constituído por 10 sintomas físicos e cinco psicológicos, e está relacionado aos sintomas experimentados na última semana. E o terceiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, diz respeito aos sintomas experimentados no último mês (Rossetti *et al.*, 2008).

O resultado apresentado pelo paciente “M” na metade das sessões apontou que as dimensões físicas e psicológicas tanto do momento de alerta quanto o de resistência são alarmantes. Isso configura a hipótese de quase-exaustão, embora o paciente não esteja no limiar de avaliação de quase-exaustão por um triz. Por esse motivo é que nesse acompanhamento coube, através dos relatos, a ciência da necessidade de um acompanhamento médico para controle e manejo dos sintomas. E foi aí que se iniciou o tratamento contínuo de canabidiol através da via de administração por gotas, em que 10 gotas de um óleo de 6000mg eram administradas duas vezes ao dia.

Alguns dos comportamentos encontrados em relatório médico podem ser explicados quando o nível de estresse está engatilhado, como a impulsividade por compras em momentos de ansiedade, que foi diminuindo a partir das percepções subjetivas, além da melhoria do quadro de sono, além de fadiga e falta de concentração. Nesse sentido, o paciente alega que ao fazer o uso e consumo de produtos derivados de *cannabis sativa* apresentou uma melhora dos sintomas. Ao tentar estabelecer o melhor tratamento, é necessário que o psicólogo entenda os objetivos do paciente e para isso é necessário considerar as seguintes perguntas:

- 1) O que fez o paciente se interessar por medicamentos à base de *cannabis*?
- 2) Quais expectativas reais e subjacentes do paciente com o tratamento?
- 3) O paciente está procurando cura ou o tratamento de sintomas?
- 4) O paciente está preocupado com os efeitos colaterais?
- 5) O paciente tem alguma restrição de estilo de vida que precisa ser levada em consideração?

As respostas encontram-se na familiaridade que o psicólogo deve ter com o sistema endocanabinoide e seu funcionamento (Goldstein, 2020; Crippa *et al.*, 2023). Sem isso, o psicólogo pode se perder, tendo em vista que um compromisso importante em clínica é ter um conhecimento prévio sobre o funcionamento da anatomia cerebral, aspectos morfológicos e estruturais do cérebro, pois há uma fisiologia de receptores canabinoides envolvida, ambos mediados por processos físico-químicos, sendo abundantes no SNC e em regiões periféricas (Mechoulam; Parker, 2013). Esses receptores CB1 e CB2 encontrados no organismo relacionam-se como um sistema chave-fechadura com as moléculas dos fitocannabinoides, expressando sua ação. Porém, conforme ensina Blanch (2022, p. 3):

Áreas do tronco encefálico, responsáveis pelo controle vegetativo (controle cardiorrespiratório), apresentam baixa densidade de receptores CB1, o que reforça a segurança para o uso de derivados

da *cannabis*, já que, ainda que administrado em alta dosagem, há pouco risco de uma depressão respiratória e conseqüente óbito.

Geralmente não se trata de uma obrigação, mas é uma possibilidade de trabalhar com informações valiosas, diminuindo a sobrecarga que será a responsabilidade em realizar um bom trabalho baseado em evidências. Para além disso, o psicólogo necessita conhecer a composição química da planta *cannabis sativa* e estar familiarizado com os potenciais terapêuticos que cada fitocanabinoide (composto) apresenta.

**Figura 2** - Potenciais usos terapêuticos dos diferentes fitocanabinoides

**GUIA CANABINOIDE**

Canabinoides são um grupo de compostos químicos encontrados na planta Cannabis que exercem efeitos físicos e mentais quando interagem com receptores canabinoides nas células.

CBD	CBG	CBC	CBN	THC	THCV
Antioxidante	Antioxidante	Antioxidante	Analgésico	Anti-inflamatório	Auxiliar da Memória
Causa Sonolência	Antibacteriano	Antibacteriano	Anestésico	Antimicrobiano	Antiviral
Diminui Convulsão	Antieritêmico	Antifúngico	Antioxidante	Aumenta Apetite	Antibacteriano
Aumenta Apetite	Anti-inflamatório	Anti-inflamatório	Reduz Ansiedade	Relaxante Muscular	Antiobesidade
Relaxante Muscular	Estimulante dos Ossos	Estimulante dos Ossos	Anticonvulsivo	Alivia Náusea	Estimulante dos Ossos
Alivia Náusea	Auxiliar Digestivo	Relaxante Muscular	Anti-inflamatório	Alivia Dor	Calmante
Alivia Dor	Diminui Pressão Arterial	Alivia Náusea	Causa Sonolência	Psicotrópico	Diminui Apetite
Reduz Ansiedade	Analgésico	Alivia Dor	Alivia Espasmos	Alivia Espasmos	Diminui Convulsão

Fonte: Cannabis Medicinal no Brasil: informações e perspectivas de profissionais nacionais e internacionais de diversas áreas, para quem quer entender e se relacionar com esse novo mercado. Editora Cia Farmacêutica. São Paulo, 2021.

No que concerne aos transtornos ansiosos e estresse, o uso controlado de *cannabis* tem demonstrado eficácia tremenda, maior até que ansiolíticos convencionais (Zanelatti, 2021). Segev *et al.* (2014) demonstraram em pesquisa feita com animais que o uso de *cannabis sativa* reduziu o estresse crônico em amostras que foram submetidas à exaustão, o que sugere que ela pode ser um recurso terapêutico viável atuando nos mesmos receptores que atuam no sistema endocanabinoide, responsável pelo equilíbrio dos processos biológicos e psicológicos do organismo. Existem diversos receptores no organismo humano, dentre eles, os identificados CB1 e CB2, que respondem como sistema chave-fechadura quando em contato com as moléculas da *cannabis*.

O cerne da problemática se deve ao entendimento equivocado de muitos de que o uso periódico recreativo é a mesma coisa que o uso medicinal, o que é totalmente diferente. Em ambiente controlado com ajuste de dosagens realizado por profissional habilitado, o indivíduo consegue estabelecer para si uma rotina de autocuidado, muito importante para o avanço e sucesso terapêutico. Como apontam Cutler *et al.* (2018), o uso periódico de maconha pode reduzir significativamente os níveis de ansiedade e de estresse no curto prazo, mas contribuir para piorar sensações associadas à depressão ao longo do tempo. No entanto como demonstram Crippa *et al.* (2023), apesar dessa afirmação, a regulação emocional proporcionada pelo uso da *cannabis* pode ser compreendida em termos de aquietação, diminuição da agitação psicomotora, dentre outros. Cuttler *et al.* (2018, p. 203) destacam:

Muitos consumidores parecem estar sob a falsa suposição de que mais THC é sempre melhor. Nosso estudo mostra que o CBD também é um ingrediente muito importante na *cannabis* e pode aumentar alguns dos efeitos positivos do THC.

A *cannabis sativa* para a maioria dos médicos que a prescrevem se refere a um tratamento coadjuvante ao tratamento convencional, sendo importante lembrar o seu papel nesse meio. O que ainda observamos são

relatos de caso em predominância, e estudos ainda em fases conclusivas que dão um sinal de que sim, a *cannabis sativa* pode ser uma terapêutica viável. O composto psicoativo que causa o tal “barato” possui efeitos colaterais não desejados para pacientes ansiosos, uma vez que tal fitocanabinoide possui potencial ansiogênico, podendo levar em consideração determinados fatores importantes na redução de danos como ambiente, pessoas em volta, situação emocional, entre outros. Apesar do grande potencial do uso de canabinoides no tratamento de transtornos de ansiedade, entendemos que ainda são necessários ensaios clínicos randomizados de qualidade com amostras maiores.

Uma recente série de casos reportando o uso do fitocanabinoide CBD - Canabidiol para ansiedade e problemas de sono encontrou que em quase 80% dos modelos animais houve redução da ansiedade ainda no primeiro mês de tratamento, com diminuição sustentada através da duração do estudo (Schier *et al.*, 2012). Embora seja uma investigação de mais de uma década e por se tratar de estudos em animais, a pesquisa foi amadurecendo com o passar dos anos através de novas colaborações para avaliação em seres humanos.

Uma parte do efeito ansiolítico do CBD ocorre em função da ativação de receptores relacionados à serotonina, um neurotransmissor do tipo 5HTP1A e isso começa a ocorrer a partir de dosagens baixas. Existem duras críticas aos fármacos utilizados, pois alguns autores mencionam que esses medicamentos não são úteis ao sistema nervoso central, e mais causam males do que benefícios, como o grau de tolerância e dependência (Gordon, 2020).

Crippa *et al.* (2009) realizaram uma revisão sistemática baseada em evidências sobre a ação farmacológica do canabidiol como sendo detentor de propriedades ansiolíticas e o THC, como ansiogênicas. Os autores concluíram que os consumidores frequentes de *cannabis* apresentam consistentemente uma elevada prevalência de perturbações de ansiedade quando consumidas estirpes com alto teor de THC, e os pacientes com perturbações de ansiedade apresentam taxas relativamente elevadas de consumo de *cannabis*. No entanto, não está claro se o consumo de *cannabis* aumenta o

risco de desenvolver transtornos de ansiedade duradouros. Muitas hipóteses foram propostas na tentativa de explicar essas relações, incluindo influências neurobiológicas, ambientais e sociais.

Contudo, literaturas mais atuais que abordam o uso terapêutico da *cannabis* na medicina e na psicologia (Crippa *et al.*, 2023; Barroso *et al.*, 2023; Callado *et al.*, 2021) trazem novas luzes sobre o assunto. Os autores são unânimes em afirmar que o uso da *cannabis* em sua via de administração via lipossolúvel é geralmente associado com o alívio do estresse, da dor crônica e com a elevação do humor. É necessário atentar-se que os efeitos observados dependem da formulação e via de administração, que deve ser adaptada para requisitos individuais do paciente, o que pode ser explicado no caso do paciente “M”, que continua em observação e em psicoterapia, evoluindo seu quadro clínico com perceptível redução dos sintomas de estresse e ansiedade.

Diversos estudos, incluindo meta-análises, vêm apresentando avaliações sobre a eficácia e a segurança da planta *cannabis sativa* e seus compostos em diferentes condições médicas, sendo a aplicação terapêutica de ansiedade e estresse aspectos relacionados aos mecanismos de ação ou alvo de ação terapêutica proposto (Pereira, 2022; Sousa; Baião, 2021; Zanelatti, 2021). Para a ansiedade ocorre a ativação do sistema límbico e paralímbico do cérebro produzindo o efeito ansiolítico.

Para tais respostas, se torna extremamente importante o trabalho multidisciplinar para acompanhamento, planejamento e ajuste de dosagens. Todas essas respostas são importantes antes de se pensar em autocultivo de *cannabis* para o paciente. É necessário entender o que o paciente espera obter com a planta medicinal. Assim, é preciso que tanto o médico prescritor quanto a equipe de saúde, caso desconheçam as propriedades da planta, se informem e tenham o conhecimento específico de medicamentos à base de *cannabis* para que assim o paciente tenha melhor resposta ao tratamento e maior esclarecimento com relação às reações adversas, à supressão dos sintomas, e possíveis adequações com outros tratamentos alopáticos já utilizados.

## 5. Considerações finais

Trata-se de um artigo de psicologia submetido ao comitê da nona região para disposições de conhecimento, com o objetivo de relatar um caso clínico e abordar a dificuldade da postura do psicólogo clínico ante o fenômeno da *cannabis* medicinal, seu uso e suas implicações. Muitos pacientes deixam de buscar terapia por medo de serem julgados, de receberem a pecha de “dependentes químicos”, quando na realidade o uso que se faz é medicinal, com propósitos claros.

No entanto, por mais que não tenhamos um manual a seguir, é importante que cada profissional da psicologia possa olhar para si, para a sua abordagem e desenvolver um trabalho de disposição a leituras de artigos, pesquisas científicas recentes e participação em debates públicos que abordem sobre o tema.

Neste relato de caso, o paciente “M” resume sua vida em antes e depois de conhecer a *cannabis*, relatando a melhora na qualidade de vida e de seu bem-estar. Os mecanismos de ação da planta *cannabis*, a partir do contato com o sistema endocanabinoide humano, produzem uma série de modulações que são responsáveis por retroceder as respostas engatilhadas do estresse, reduzindo as possibilidades de uma crise de ansiedade. Verificamos também que a percepção subjetiva mudou, tendo o paciente conseguido se adaptar em seu novo emprego, melhorar a relação conjugal com sua parceira, além de reduzir a compulsividade.

Temos muito que evoluir ainda em termos de leis no Brasil, que segue um código penal, e mesmo recebendo emendas em novo entendimento, a legislação muitas vezes é confusa, confundindo o paciente, que tende a buscar uma alternativa terapêutica, gerando medo e desconfiança. O proibicionismo, com toda a sua atmosfera tensa, é um precursor de episódios de ansiedade, por si só adoece.

Nós, psicólogos, devemos nos despir da toga de ditar sobre algo que não conhecemos, buscar conhecer e estudar sobre o tema, abrir a mente para os debates e desconstruir piadas que não agregam e só prejudicam o movimento de regulação dessa planta que tem ajudado a muitos. Resta ao

próprio Conselho participar dos movimentos de debate em órgãos e repartições públicas, questionar o *status quo* vigente do conservadorismo sobre o entendimento da saúde mental e contribuir com os tantos profissionais que a cada dia buscam se aperfeiçoar em seus atendimentos para melhor oferecer àquele que faz uso terapêutico da planta *cannabis sativa*.

## Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BARLOW, D. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BARROSO, V. V.; JUNIOR, C.J.Z.; NETO MELLO, P.C. **Cannabis medicinal: guia de prescrição**. São Paulo: Manole editora, 2023.

BENZONI, P. E. **Controle do estresse em oito encontros: guia para profissionais com protocolo cognitivo para aplicação**. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2023.

BLANCH, G. T. **Módulo 2. Sistema endocanabinoide parte I: fisiologia do sistema endocanabinoide**. Curso de extensão da UFG: Terapêutica Endocanabinoide: fundamentos e prática clínica integrativa e multiprofissional, 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Artigo 196.

CALLADO, T. M.; KISHI, M. A.; LO PRETE, A. C. **Cannabis medicinal no Brasil**. Informações e perspectivas de profissionais nacionais e internacionais de diversas áreas, para quem quer entender e se relacionar com esse novo mercado. São Paulo: Editora cia farmacêutica, 2021.

CARLINI, E. A. A história da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 4, p. 314-317, 2006.

CARNEIRO, H. **Drogas: a história do proibicionismo**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

CLARK, D.; BECK, A. T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

COLLUCCI, Alessandra. **Regulamentação da Cannabis medicinal no Brasil**. 2020.

COSTA, Rafaela da *et al.* **Análise das evidências científicas do uso do canabidiol em doenças psiquiátricas e neurológicas**. 2017.

CRIPPA, J. A.; ZUARDI, A. W.; MARTÍN-SANTOS, R.; BHATTACHARYYA, S.; ATAKAN, Z.; MCGUIRE, P.; FUSAR-POLI, P. *Cannabis* and anxiety: a critical review of the evidence. **Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental**, v. 24, n. 7, p. 515-523, 2009.

CRIPPA, J. A. S.; DE SOUZA, J. D. R.; GUIMARÃES, F. S.; ZUARDI, A. W. **Canabidiol na medicina: da pesquisa à prática clínica**. São Paulo: Manole editora, 2023.

CUTTLER, Carrie; SPRADLIN, Alexander; MCLAUGHLIN, Ryan J. A naturalistic examination of the perceived effects of *cannabis* on negative affect. **Journal of affective disorders**, v. 235, p. 198-205, 2018.

DE LURDES ZEMEL, Maria. **Quebrando tabus – Resenha de “Maconha: os diversos aspectos, da história ao uso”**. De Luciana Saddi e Maria de Lurdes de Souza Zemel.

GOLDSTEIN, B. **Cannabis is medicine**: how medical *cannabis* and CBD are healing everything from Anxiety to Chronic Pain. New York: Little Brown Spark: 2020.

GORDON, D. **The CBD Bible**: *Cannabis* and the Wellness Revolution that Will Change Your Life. Hachette UK, 2020.

MECHOULAM, Raphael; PARKER, Linda A. The endocannabinoid system and the brain. **Annual review of psychology**, v. 64, p. 21-47, 2013.

LIPP, M. E. N.; DE HOYOS GUEVARA, A. J. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). **Estudos de psicologia**, v. 11, n. 1-3, p. 43-49, 1994.

PEREIRA, Pedro Henrique Braga *et al.* **Uso da cannabis para fins medicinais**: reflexões a partir das experiências de um médico de família. 2022. Tese (Doutorado).

REZENDE, Mateus Alexandre Pratas; FERRAZZA, Daniele Andrade; PRADO, Guilherme Augusto Souza. Um estudo sobre o paradigma proibicionista e a (des) criminalização da maconha no Brasil. **Revista Polis e Psique**, v. 11, n. 2, p. 179-199, 2021.

RODRIGUES, Sandro. Introdução ao uso de psicodélicos em psicoterapia. **Associação Psicodélica do Brasil**, p. 109, 2019.

ROSSETTI, Milena Oliveira *et al.* O inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 4, n. 2, p. 108-120, 2008.

SCHIER, Alexandre Rafael de Mello *et al.* Cannabidiol, a *Cannabis* sativa constituent, as an anxiolytic drug. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 34, p. 104-110, 2012.

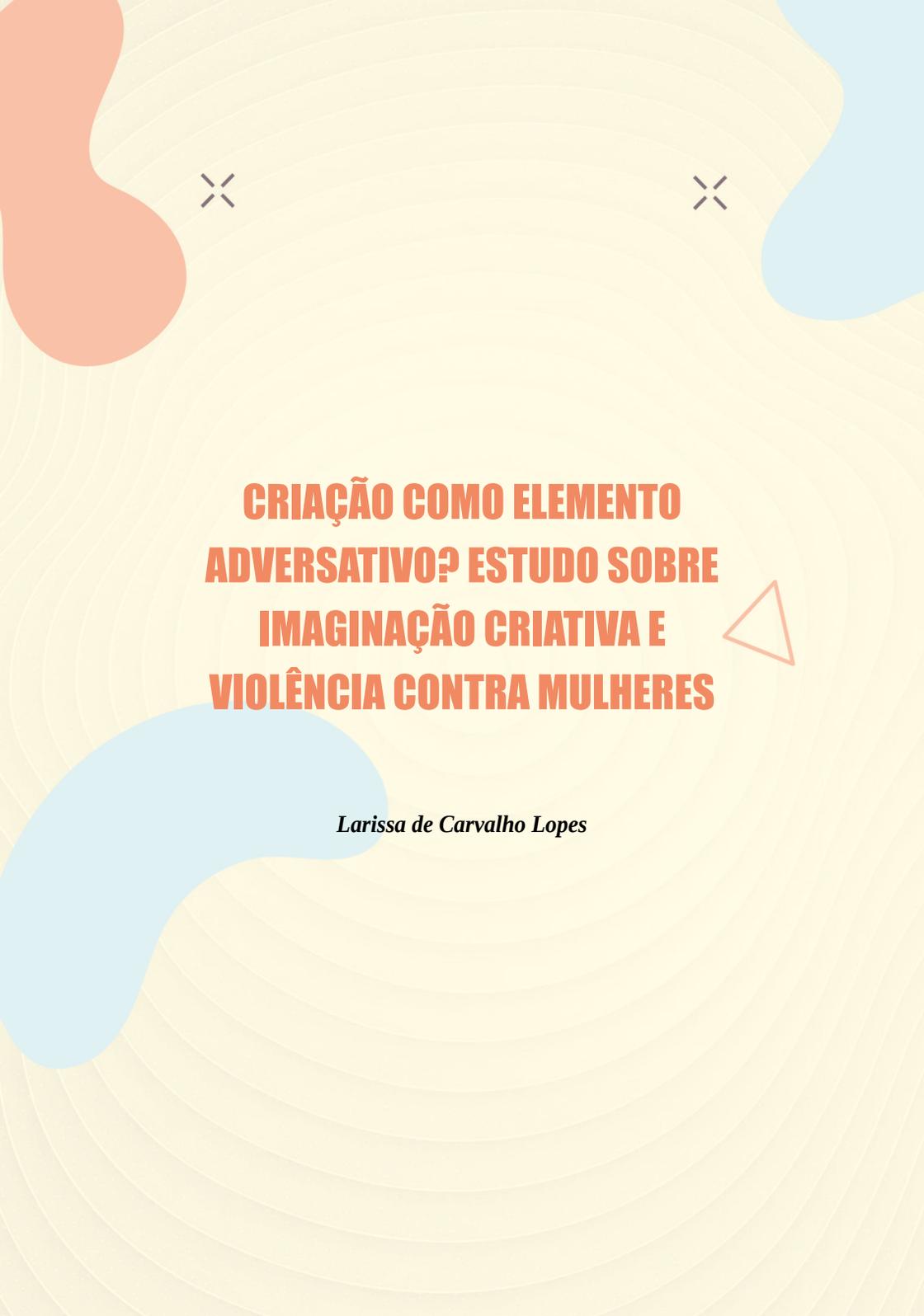
SEGEV, A.; RUBIN, A. S.; ABUSH, H.; RICHTER-LEVIN, G.; AKIRAV, I. **Cannabinoid receptor activation prevents the effects of chronic mild stress on emotional learning and LTP in a rat model of depression.** *Neuropsychopharmacology*: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology, v. 39, n. 4, p. 919-933, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/npp.2013.292> Acesso em: out. 2024.

SOARES, M. K. **Ignorância e políticas públicas:** a regulação de *cannabis* medicinal no Brasil. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10345> Acesso em outubro de 2024.

SOUSA, Larissa Monteiro; BAIÃO, Maria Karulyna Vieira. **Maconha medicinal (*Cannabis sativa*):** usos e perspectivas clínicas. 2021.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. STJ. **Terceira Seção garante salvo-conduto penal para cultivo de *cannabis* com finalidade medicinal.** 14 nov. 2023. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2023/14092023-Terceira-Secao-garante-salvo-conduto-penal-para-cultivo-de-cannabis-com-finalidade-medicinal.aspx> Acesso em: 1 out. 2023.

ZANELLATI, Daniel *et al.* **O uso de canabinoides no tratamento da ansiedade.** 2021.

The background features a series of concentric, light-colored circles centered on the page. Overlaid on these are several abstract, organic shapes in shades of orange and light blue. Two small 'x' marks are positioned in the upper left and right areas, and a thin orange triangle is located to the right of the main text.

**CRIAÇÃO COMO ELEMENTO  
ADVERSATIVO? ESTUDO SOBRE  
IMAGINAÇÃO CRIATIVA E  
VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES**

*Larissa de Carvalho Lopes*

**Resumo:** A presente pesquisa teve por objetivo geral estabelecer compreensões do referencial sócio-histórico da criatividade e o fenômeno de violência contra mulheres. Para tanto, buscou-se: a) identificar elementos nas teorias feministas de base materialista que auxiliem a compreensão da violência contra mulheres em sua diversidade; b) especificar o movimento de objetivação-subjetivação através do conceito de criatividade pela psicologia sócio-histórica; c) analisar o Estado da Arte na psicologia no que concerne à relação entre criatividade e opressão de mulheres; e d) organizar reflexões sobre a criatividade para mulheres que sofrem/sofreram violência no registro sócio-histórico. Realizou-se mediante um estudo qualitativo de revisão bibliográfica. Foram analisados 19 textos, dos quais emergiram as categorias cotidiano, maternagem/família, trabalho, pluralidade e personalidade na investigação das relações entre a criatividade e a violência contra as mulheres. Concluiu-se que a criatividade pode ser compreendida como uma capacidade de resistência. Porém, entendeu-se que a teleologia não é dotada de plena liberdade em função da dominação-opressão de gênero. Sintetiza-se que a criatividade no campo do gênero pode ser compreendida através da germinação no cotidiano, rumo ao não cotidiano que pode ser transformado coletivamente.

**Palavras-chave:** Mulher. Criatividade. Imaginação. Violência.

**Abstract:** The general objective of this research was to establish understanding of the socio-historical framework of creativity and the characteristics of violence against women. To this end, we sought to: a) identify elements in materialist-based feminist theories that help to understand violence against women in its diversity; b) Specify the movement of objectification-subjectification through the concept of creativity in socio-historical psychology; c) Analyze the State of the Art in psychology with regard to the relationship between creativity and oppression of women; d) Organize reflections on creativity for women who suffer/have suffered violence in the socio-historical record. It was carried out through a qualitative bibliographic review study. 19 texts were analyzed, from which the categories of daily life, mothering/family, work, plurality and personality emerged in the investigation of the relationships between creativity and violence against women. It was concluded that creativity is the ability to resist, but whose teleology is not endowed with full freedom due to gender domination-oppression. It is summarized that creativity in the field of gender can be understood through its germination in everyday life, towards the non-everyday that can be transformed collectively.

**Keywords:** Woman. Creativity. Imagination. Violence.

## 1. Introdução

*Com licença poética*

*Quando nasci um anjo esbelto,  
desses que tocam trombeta, anunciou:  
vai carregar bandeira.  
Cargo muito pesado pra mulher,  
esta espécie ainda envergonhada.  
Aceito os subterfúgios que me cabem,  
sem precisar mentir.  
Não sou feia que não possa casar,  
acho o Rio de Janeiro uma beleza e  
ora sim, ora não, creio em parto sem dor.  
Mas o que sinto escrevo. Cumpro a sina.  
Inauguro linguagens, fundo reinos  
dor não é amargura.  
Minha tristeza não tem pedigree,  
já a minha vontade de alegria  
sua raiz vai ao meu mil avô  
Vai ser coxo na vida é maldição pra homem.  
Mulher é desdobrável. Eu sou.*

Adélia Prado (2020, p. 19).

Constituir-se mulher perpassa caminhar sobre espinhos que se enraízam em papéis sociais estabelecidos ao longo da nossa história social. Nascer sob a tessitura esperada ao sexo feminino beira a uma profecia, um destino planejado. Postura tradicional que assume desde um caráter místico – como a alma pronta e finda que deus dá à mulher-mãe – até um caráter natural – da espécie mulher biologicamente desigual à espécie homem (Lerner, 2019).

Nas distintas significações construídas para justificar a opressão das mulheres, fato é que não se trata de casos fortuitos, mas de um mecanismo sexista sistemático vinculado à manutenção da dominação capitalista, racista e colonialista (Gago, 2019). A despeito dessa configuração, é preciso compreender o que lhe adversa, resiste e pressiona a criação de outra realidade.

Em alusão ao poema de Adélia, existem interposições de “mas” que inauguram linguagens entre rebeldia e transgressão à naturalização de um destino marginal. Certa desadaptação aos retratos do mundo exterior envolve, em verdade, imaginar de forma criativa (Vigotski, 2018). Sendo assim, partimos de um entendimento de que a criação não é mera reprodução, mas a própria produção da vida humana. Não obstante a observação dessa característica humanizadora, ressaltamos a desumanização em curso na nossa sociedade e a nossa formação psíquica enquanto apropriação das relações materiais e objetivas. Questionamos, em primeiro lugar, como a criatividade se desenvolve nesse cenário? Seria ela, a rigor, potencializadora? Há particularidades no desenvolvimento criativo em contextos distintos das relações sociais de sexo?

Nesse caminho argumentativo, Cisne (2018) apresenta que as possibilidades de humanização serão sempre limitadas em um contexto em que a mulher é objetificada, i.e., tratada como coisa a ser possuída. Complexifica-se ainda mais se colocamos em perspectiva que as relações sociais de sexo, raça/etnia e classe se consubstancializam (Cisne, 2014). Esses elementos formam uma unidade, não como pontas soltas que podem ser somadas, mas como um nó indissociável (Saffioti, 2015).

Por essa razão, não é possível falar da mulher em pretensão generalista: a história social é premente ante uma compreensão universalizante. E como poderemos analisar as relações dispostas entre a atividade criativa e a objetivação/subjetivação das mulheres em sua pluralidade submetidas a distintas formas de opressão e violência?

A violência de gênero se desenvolve no seio do patriarcalismo e se configura como uma relação civil e histórica da opressão das mulheres pelos homens, a qual se materializa através das relações que estabelecemos cotidianamente (Saffioti, 2015). Em aspecto mais amplo, a violência com base no gênero também afeta homens ao serem atribuídos papéis rígidos a serem cumpridos. Porém, quando utilizamos “violência contra a mulher” discutimos particularmente o desenvolvimento histórico que restringe o pleno desenvolvimento corporal-afetivo e psíquico-social de mulheres.

Particularmente, a ocorrência de violências no plano doméstico e familiar é preocupante. Não há, no entanto, quaisquer evidências de que as mulheres vivenciem a violência em absoluta passividade. Saffioti (2015, p. 84) enfatiza que “mesmo quando permanecem na relação por décadas, as mulheres reagem à violência, variando muito as estratégias”. Sendo assim, podemos afirmar que a criatividade é uma categoria importante para a análise da violência contra as mulheres e seu enfrentamento?

Fundamentando-nos em tais inquietações, propomos o presente estudo teórico. Utilizamos-nos deste trabalho para estabelecer compreensões do referencial sócio-histórico da criatividade e o fenômeno de violência contra mulheres. São objetivos específicos: a) identificar elementos nas teorias feministas de base materialista que auxiliem a compreensão da violência contra mulheres em sua diversidade; b) especificar o movimento de objetivação-subjetivação através do conceito de criatividade pela psicologia sócio-histórica; c) analisar o Estado da Arte na psicologia no que concerne à relação entre criatividade e opressão de mulheres; d) organizar reflexões sobre a criatividade para mulheres que sofrem/sofreram violência no registro sócio-histórico.

Nesse sentido, apresentamos o presente artigo desenvolvendo teoricamente a violência contra as mulheres e suas conexões com o patriarcado do salário. Após, progredimos a argumentação expondo a criatividade ante a dialética externo-interno no movimento do psiquismo. Seguimos para o levantamento bibliográfico, de onde surgiram as categorias cotidiano, maternagem/família, trabalho e pluralidade e personalidade para análise dessa função psíquica nos entrelaçamentos com o gênero.

## **2. Engendramentos da violência na opressão das mulheres**

Quando entramos em contato com a história no processo regular de escolarização, acessamos, em geral, os conhecimentos produzidos pelos dominadores à custa do silenciamento dos povos marginais. Contrapõe-se, pois, ao mito de que homens produziram a vida e as mulheres se tornaram seus meros receptáculos (Lerner, 2019). Essa afirmação é particularmente necessária no desenvolvimento de exposições que enunciam a desigualdade entre os sexos, mas que o fazem de forma naturalizada, tomando a

mulher como passivamente afetada pelos desígnios dos homens. É concebendo o caráter histórico em que as mulheres constroem ativamente sua realidade, interpondo estratégias de resistência, que teremos perspectivas de transformar o que está posto.

Engels (2010) demonstra que a conquista do patriarcado como sistema hegemônico tem origem na divisão sexual do trabalho. Federici (2017), por sua vez, retrata a configuração de um novo contrato social-sexual a partir do desenvolvimento capitalista, em que o controle sobre as mulheres e sobre sua reprodução foi instrumento para a “gestão da crise” que se desdobrava no *húmus* da acumulação capitalista e, conseqüentemente, para uma desmobilização revolucionária. Mulheres proletárias foram maioria na resistência e luta contra a desigualdade que despontava, havendo todo um movimento ideológico para desqualificá-las e satanizá-las. Além disso, houve a institucionalização da violência sexual, da prostituição e da mulher como propriedade marital, insensibilizando-se a população em geral sobre as violências desferidas para mulheres.

É exatamente a partir desse contexto que falamos na formação da família nuclear tal qual a conhecemos. A união entre duas pessoas não irrompeu a partir do amor sexual individual, mas foram engendrados na constituição das relações privadas no capitalismo (Engels, 2010). Surgiu então a composição clássica da família: heterossexual e cuja estrutura coloca o homem como chefe de família e a mulher como cuidadora do marido/filhos e da casa. Esse modelo se configurou como ferramenta de privatização das relações antes comunais e de coerção da mulher ao ambiente privado. Nesses termos, contrapõe-se a concepções que partem de uma cumplicidade da mulher na sua dominação.

Como bem problematiza Kollontai (2011), a ideologia burguesa propunha ideais de amor em transcendência à realidade material, de modo a aprisionar e limitar a própria expressão das relações de afeto e companheirismo entre as pessoas. Esse ideal tem por base: a) a permissividade de os homens atuarem como “donos” das mulheres; b) a incitação a fantasias do amor ideal, sobretudo para mulheres; e c) e, conseqüentemente, o ocultamento dos conflitos amorosos fundados na posse e controle do outro, ainda que o adultério tenha se tornado moralmente possível para homens.

Vale destacar que colocar a mulher em situação desigual não decorre somente da relação entre os sexos de forma abstrata. Possui conexões concretas e fundamentadas na exploração. Vejamos, à medida que a mulher está destinada à produção dos afazeres domésticos, menos se apresenta enquanto um trabalho remunerável. Assim sendo, estabeleceu-se o regime que Federici (2017) chamou de “Patriarcado do Salário”. A exploração das mulheres é sistemática e condição *sine qua non* para a reprodução do capital na geração de valor e mais valor.

Assim, “a importância econômica da reprodução da força de trabalho realizada no âmbito doméstico e sua função na acumulação do capital se tornaram invisíveis, sendo mistificadas como uma vocação natural e designada como ‘trabalho de mulheres’” (Federici, 2017, p. 145). Certamente, não discorremos somente sobre a formação primitiva da acumulação capitalista.

Tem-se demonstrado que a reprodução social ainda invisibiliza o trabalho feminino de forma internacionalizada, em especial nas idiosincrasias periféricas/dependentes que se formam ao redor de categorias de gênero e raça/etnia (Ruas, 2020). Na realidade brasileira os apontamentos de Gonzalez (2020) são fundamentais para compreender de que forma essas categorias se apresentam no desenvolvimento capitalista e colonialista. A autora elenca a tese de que aos negros, e particularmente às mulheres negras, somente foram dispostas condições de trabalho da “massa marginal”. À medida que o movimento feminista bradava a necessidade de liberdade no cenário familiar, as mulheres negras permaneciam sendo exploradas sexualmente, com baixíssima remuneração e vistas como “mucamas” que cruzavam o âmbito público como escravas (Nye, 1995; Gonzalez, 2020).

Nesse sentido, mesmo no seio do feminismo é preciso se atentar às configurações que podem nos incumbir à realização da opressão de forma atualizada. Em face disso, retomamos o conceito de empoderamento por si só como perigoso, posto que:

O empoderamento individual acaba transformando as empoderadas em mulheres-álibi, o que joga água no moinho do (neo)liberalismo: se a maioria das mulheres não conseguiu uma situação proeminente, a responsabilidade é delas, porquanto são pouco inteligentes, não lutaram

suficientemente, não se dispuseram a suportar os sacrifícios que a ascensão social impõe, num mundo a elas hostil (Saffioti, 2015, p. 121).

Analisar a situação das mulheres coloca em perspectiva o coletivo e a atualidade na qual elas são oprimidas. Como bem deslinda Gago (2019), a violência contra mulheres, sobretudo quando falamos de sexualidades e identidade de gênero não hegemônicas, está entrelaçada com a exploração e outras violências oriundas da extração de valor na sociedade capitalista. Principalmente no período atual, identificamos que a dissociação desses aspectos não nos permite avaliar o que prende mulheres em condições subalternas.

Federici, Gago e Cavallero (2021) apresentam que há uma recente feminização da força de trabalho como conquista do feminismo liberal, em que mesmo mulheres brancas saíram do âmbito privado para trabalhar, mas que não gerou independência financeira, liberdade e autonomia conforme se disseminou.

Quão profundos são os desdobramentos na formação subjetiva das mulheres a partir dessa opressão? Para iniciar esse debate, passamos à discussão da formação do psiquismo, e particularmente da criatividade, no processo de humanização.

### 3. Criatividade: um conceito sócio-histórico

A genericidade humana tem fundamento no ato de criação ao possibilitar elaborar e reelaborar a própria realidade (Barroco; Tuleski, 2007). Agir teleologicamente foi possibilitado a partir da emancipação do que estava imediatamente dado, em que “a consciência *pode* realmente imaginar ser outra coisa diferente da consciência da práxis existente, representar algo realmente sem representar algo real [...]” (Marx; Engels, 2007, p. 35).

Sendo assim, a humanização esteve, por princípio, atrelada à criatividade na construção das funções psicológicas superiores. O percurso do desenvolvimento envolve mudanças, rupturas e criação, conforme desenvolve Vigotski (2004). Contudo, não apresentamos concepção idealista em que partimos da imagem ou representação para chegarmos ao homem real, partimos do homem de carne e osso que vive e, através do seu processo de

vida, sedimenta e desenvolve imaginação e ideias (Marx; Engels, 2007). Isso nos propõe que a competência de criar tem como base orgânica a plasticidade cerebral no desenvolvimento.

O conceito de plasticidade indica a possibilidade de modificar a estrutura e a organização das funções psicológicas. Contudo, não envolve uma transposição do externo para o interno, mas ocorre um processo intencional e mediado na constituição subjetiva. Tomando como exemplo a memória, Vigotski (2004) demonstra que o processo de recuperação não seria naturalmente dado como caixinhas automatizadas a que se pode acessar livremente, mas que existem inter-relações no psiquismo que fazem com que a fantasia e a linguagem possam organizar analogias, diferenças e se apropriar dessas ligações.

Na atividade imaginativa, despontam duas direções: a imaginação reprodutiva, vinculada à memória, e a imaginação criativa, que a ultrapassa (Vigotski, 2018). Quando falamos da imaginação, portanto, não nos referimos somente ao novo e à potência criadora, mas também ao que reproduz a realidade em nós como adaptação e nos possibilita atuarmos na sua construção através de hábitos permanentes.

Criar, dentro de uma perspectiva vigotskiana, significa recombinar elementos da realidade de forma particular, em uma nova configuração (Vigotski, 2018). Abarca tanto o desenvolvimento artístico formal, como também a produção da vida do “homem comum” que objetiva instrumentos para lidar com a realidade. Os vínculos entre a imaginação e a realidade partem: a) da relação com os outros, espaços potenciais de desenvolvimento; b) da corporificação da atividade criativa em um produto final; e c) das relações entre imaginação plástica, que se desenvolve a partir de impressões externas e a imaginação emocional, que se elabora a partir da história singular/particular.

Sendo assim, como demonstra Vigotski (2018), o ato de criar tem relações com a riqueza do acesso às experiências compartilhadas socialmente para que se tornem materiais para a imaginação e a fantasia. Quanto mais vemos, ouvimos e tocamos elementos da realidade, mais complexificada é a atividade criadora.

Nesses termos, a criatividade tem origem social. O papel que criar desempenha se integra ao sistema ideológico-conceitual compartilhado

socialmente em um dado período histórico. Em vista disso, Vigotski (2004, p. 115) nos afirma que:

A conexão que alguns sistemas novos mantêm não só com signos sociais, mas também com a ideologia, e o significado que tal ou qual função psicológica adquire na consciência das pessoas, ao passo que, por outro lado, o processo de aparecimento de novas formas de comportamento a partir de um novo conteúdo é extraído pelo homem da ideologia do meio que o rodeia.

Na medida em que há, na sociedade burguesa, mecanismos de alienação (Marx; Engels, 2007), a criação se torna mais dificultada. Como demonstra Bakhtin (2020, p. 4):

De um modo geral, toda relação de princípio é de natureza produtiva e criadora. O que na vida, na cognição e no ato chamamos de objeto definido só adquire determinidade na nossa relação com ele: é nossa relação que define o objeto e sua estrutura e não o contrário; só onde a relação se torna aleatória de nossa parte, meio caprichosa, e nos afastamos da nossa relação de princípio com as coisas e com o mundo, a determinidade do objeto resiste a nós como algo estranho e independente e começa a desagregar-se, e nós mesmos ficamos sujeitos ao domínio do aleatório, perdemos a nós mesmos e perdemos também a determinidade estável do mundo.

Com o pouco acesso à cultura historicamente produzida e a percepção fragmentada do real, há uma tendência de que os sonhos se tornem passivos (Bakhtin, 2020). No curso do desenvolvimento humano, os primeiros pontos de apoio constroem a fantasia ainda muito guiada pela impressão sentimental e dissociada da formação de conceitos pelo pensamento abstrato. Por isso, a atividade infantil se guia pelas distorções e empobrecimento da experiência real e não há uma atividade imaginativa que possibilite a efetiva reorganização da atividade.

Por meio do estreitamento entre a fantasia e a atividade cognitiva, há um salto qualitativo na imaginação criativa e são concretizados interesses e motivações para a ação na realidade. Contudo, a construção da imaginação perpassa o nível de relações que a pessoa acessa ao longo da vida, havendo

de questionar a partir de que questões estruturantes falamos, no caso desta pesquisa, da opressão e violência contra mulheres.

#### 4. Metodologia

Este estudo possui abordagem qualitativa, mediante o método materialista histórico-dialético. Para tanto, através de um levantamento bibliográfico, analisaremos as pesquisas encontradas por meio do procedimento de revisão sistemática, sob reflexão crítica no escopo teórico do qual partimos. Evidenciamos essa característica do método no qual o desenvolvimento científico não pressupõe neutralidade ou compreensão puramente descritiva, em que se pese a apreensão do real e a superação por incorporação (Lima; Miotto, 2007).

O levantamento remete às bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde - Psi (BVS-Psi) e do Google Acadêmico, através dos descritores “Criatividade” ou “Criação” e “Mulher” ou “Mulheres” e “Violência”. Foram critérios de seleção estabelecidos para inclusão: 1) abordar a relação entre criatividade e sistemas de opressão e/ou violência patriarcal; 2) analisar ou tangenciar a análise da subjetivação desses processos de subalternização a partir da perspectiva das mulheres; 3) referir-se ao arcabouço teórico-metodológico da psicologia. Quanto aos critérios de exclusão, apresentamos: 1) evidenciar a criatividade na composição do método em psicologia, porém sem apresentar conexões diretas com o fenômeno estudado.

Propomos uma análise a partir da psicologia sócio-histórica, i. e., que depreende a compreensão dos aspectos estruturais como mediatamente apropriados em uma realidade subjetiva, não enquanto transposição direta. A criatividade, portanto, não é tão só individual, tampouco reflexo da sociedade, ainda que esteja nela engendrada.

#### 5 Resultados

Por meio do levantamento bibliográfico, foram selecionadas produções a partir do título e do resumo, totalizando 48 textos. Com a análise integral, 19 textos foram analisados e sintetizados em Marcadores de Grupos, conforme demonstrado no quadro a seguir:

**Quadro 1** - Categorias de análise da criatividade em contextos de violência contra mulheres

Marcador do Grupo	Texto	Perspectiva	Síntese da compreensão de criatividade ante a opressão/violência contra mulheres
<b>Cotidiano</b>	Lira (2015).	Psicologia e Sociologia Compreensiva e do Cotidiano.	Criatividade como parte do imaginário/simbólico na criação de “máscaras” que facilitam o prosseguimento da vida cotidiana de forma saudável para mulheres que passaram por abuso sexual.
	Mayer (2002).	Psicometria.	Criatividade correlacionada positivamente à superação e à contatos formais do cotidiano (igreja, comunidade) para meninas vítimas de violência doméstica.
<b>Maternagem/ Família</b>	Gallbach (1995).	Psicologia Analítica.	Criatividade a partir do arquétipo materno. A criação vinculada à reprodução da espécie e a negação deste papel como gerador de consequências na maternagem.
	Araújo (2003).	Teoria Winnicottiana.	Criatividade como potencial no desenvolvimento saudável de relações amorosas e familiares, como o humor.
	Narvaz; Koller (2006).	Psicologia feminista.	Criatividade como subversão de papéis esperados às mulheres e à família monogâmica.
	Lamas (1995).	Psicanálise.	Criatividade como expressão da arte. Busca a superação do natural, mas retoma os imperativos biológicos da maternagem como a capacidade de criar.

<b>Marcador do Grupo</b>	<b>Texto</b>	<b>Perspectiva</b>	<b>Síntese da compreensão de criatividade ante a opressão/violência contra mulheres</b>
<b>Trabalho</b>	Monteiro <i>et al.</i> (2015).	Teoria das Representações Sociais de Moscovici.	Característica criativa vinculada ao empreendedorismo. Apresenta como Núcleo Central das representações sociais a heterogeneidade entre a mulher empreendedora e papéis tradicionalmente atribuídos ao feminino.
	Silva <i>et al.</i> (2014).	Psicodinâmica do trabalho de Dejours.	Criatividade como forma de resistência e inventividade no trabalho de mulheres merendeiras. Vinculada à inteligência prática sob possibilidade de mitigação do sofrimento.
	Silva <i>et al.</i> (2010).	Psicologia Organizacional e Estudo dos Valores.	Criatividade como independência de pensamento e ação no âmbito do trabalho. Diferença entre valores laborais a partir de gênero, sintetizando crenças que limitam a inserção da mulher no mercado de trabalho ou em posições cuidadoras/reprodutoras e não gerenciais/criativas.
<b>Pluralidade</b>	Meneghel <i>et al.</i> (2005).	Cartografia por Deleuze e Guattari.	Criatividade como fonte de resistência para mulheres negras em diáspora. Através dos mitos, há permeabilidade entre as contradições. Permite resistir à vergonha que violenta as mulheres negras e assumir um lugar de atividade.
	Hill Collins. (2016).	Psicologia Feminista/ Estudos da Interseccionalidade.	Criatividade como expressão artística, mas principalmente como elemento de cultura. Abarca a atividade das mulheres negras na comunidade, apresentando imandade, maternidade e expressão criativa. Apresenta relações com a consciência das opressões de gênero e raciais, na medida em que a criatividade se desenvolve a partir da ação concreta e intencional.

Marcador do Grupo	Texto	Perspectiva	Síntese da compreensão de criatividade ante a opressão/violência contra mulheres
<b>Pluralidade</b>	Rich (2010).	Psicologia Feminista.	Restrição da criatividade para mulheres lésbicas a partir: da perseguição e violência; da supervalorização cultural masculina e o apagamento das tradições femininas; da heteronormatividade e imposição da maternidade; as barreiras socioeconômicas.
	Pimentel; Castro (2019).	Gestalt-terapia.	Ajustamento/adaptação para criar, em contraposição à subalternização de mulheres pobres, lésbicas e negras. Ajustamento criativo conceituado como uma estratégia existencial de resistência, cuja saúde mental depende.
	Lomando; Nardi (2013).	Psicologia Sistêmica e Teoria Queer.	Criatividade como flexibilidade desenvolvida nas performances marginais de gênero por mulheres transsexuais e travestis.
	Ramão <i>et al.</i> (2005).	Cartografia por Deleuze e Guattari.	Criatividade singulariza, possibilita a reapropriação de componentes subjetivos. A religiosidade dissidente (arte, dramatização) é analisada como potência do desejo, permitindo que mulheres rompam com a violência.

Marcador do Grupo	Texto	Perspectiva	Síntese da compreensão de criatividade ante a opressão/violência contra mulheres
<b>Personalidade</b>	Mundim; Wechsler (2015).	Psicologia do Trabalho.	Interação entre fatores ambientais e “psicológicos” como inibidor ou propulsor da excelência criativa. Concebe a criatividade como uma característica da personalidade que engloba originalidade e motivação intrínseca.
	Prado <i>et al.</i> (2014).	Psicometria.	Criatividade como traço de personalidade. Perspectiva de que há maior condição para o desenvolvimento do talento/criatividade masculina a partir da crença cultural. Defende a “Síndrome de Cinderela” para mulheres que culturalmente esperam elementos externos para mudar a vida.
	Narvaz (2010).	Psicanálise.	A criatividade se expressa a partir da arte, dominada pelos desejos de dominação masculina. As mulheres precisaram se recriar a partir de uma personalidade materna, associada à dor, à passividade e ao ma-soiquismo.
	Souza <i>et al.</i> (2018).	Psicanálise/ Psicometria.	Inteligência criativa não correlacionada com mulheres vítimas de violência, sugerindo maior inibição como característica de personalidade.

Fonte: Elaboração própria a partir da revisão bibliográfica realizada.

## 6. Discussão

### 6.1 Cotidiano

Lira (2015) e Mayer (2002) apresentam a cotidianidade como geradora de proteção às mulheres vítimas de violência ao permitir o exercício da criatividade. Nessa perspectiva, a vida cotidiana teria potencial de superação dos episódios violentos tanto ao aproximar contatos na rotina, quanto ao desdobrar ritos simbólicos/imaginários. Contudo, entendemos no âmbito deste trabalho que a vida cotidiana não se compõe pelo imaginário em si, mas pelos gestos e ritmos do dia a dia caracterizados pela imediatividade.

Como asseveram Netto e Carvalho (2012), a vida cotidiana é composta pelas atividades automatizadas que dirigem a consciência, pela trivialidade. No mesmo caminho, Heller (2017) afirma ser este o espaço do particular, diferentemente das atividades não cotidianas que são marcadas pela universalidade e genericidade. O trabalho criativo, nesse sentido, estaria relacionado ao não cotidiano.

Além disso, como o cotidiano é uma categoria do real onde há uma sucessão linear, padronizada e reprodutiva da realidade, o Estado moderno gerencia a sociedade a partir dele. Nesse sentido, a mercantilização da vida, a exploração do corpo desde o estético ao erótico, são experiências tidas no seio da vida cotidiana (Netto; Carvalho, 2012). Podemos compreender também que há uma naturalização dos mecanismos patriarcais através de hábitos e comportamentos gestados na cotidianidade. Por isso, o ambiente doméstico “*de ser aparentemente un lugar pacificado, el hogar hoy devino un campo de batalla. La violencia doméstica no hace más que mostrar escenas de una domesticidad que estalla y los hogares como escenarios de cotidianos truculentos. [...]*” (Gago, 2019, p. 76). Desse modo, é possível concordamos com a cotidianidade como elemento fundamental para a criação e consequente mudança da opressão feminina?

Sim, em partes. A universalidade-particularidade-singularidade é representação de movimento, não de momentos estanques da produção da

vida. Retomamos Netto e Carvalho (2012, p. 42), ao afirmarem que “a insatisfação (manifesta na contestação ou na passividade), a ambivalência e os sonhos contidos na vida cotidiana, ao mesmo tempo que mascaram essa mediocridade, germinam o desejo de ruptura, o desejo e a procura de autenticidade do ser homem inteiramente”.

Vale salientar que, mesmo nos aspectos mais triviais da vida, é possível falarmos no desejo para a transformação do mundo e de si mesmo. Ademais, ao abordar o processo criativo humano, Vigotski (2018) também desdobra a vida cotidiana como possível detentora de condições para criação e ultrapassagem dos próprios limites. A rigor, a cotidianidade apresenta contradições, as quais a pessoa pode identificar e, então, reconhecer suas origens e desdobramentos (Barroco; Tuleski, 2007). Nesse sentido, o cotidiano, tal qual se apresenta em regra, retrato estático e reprodutivo, marcado pela desesperança do desejo coletivo, jamais poderá ser efetivamente um modo de transformação das opressões de gênero. Sua superação, no entanto, é parte desse processo.

## 6.2 Maternagem/Família

A conexão entre a criação e a maternidade não é leviana. Quando abordamos os primórdios da existência humana, sabemos que, para a sobrevivência dos grupos, mulheres adultas precisariam engravidar, ter filhos e amamentar. Haja vista essa importância, Gallbach (1995) apresenta uma concepção maternalista da criação ao se apropriar do cuidado e altruísmo como características femininas no arquétipo de mãe. Contudo, entendemos que tratar das concepções inatistas, ainda que consideradas dentro de um plano positivo, não gera a transformação da realidade que, como vimos, é opressora para mulheres.

Não basta apenas constatar a existência de um matriarcado para contrapor à dominação do patriarcado, mas entender e questionar os significados históricos sobre gênero que se estabeleceram e estabelecem na forma como nos organizamos socialmente (Lerner, 2019). Com o desenvolvimento dos instrumentos culturais condicionantes da humanidade,

não percebemos a realidade através dos instintos, mas das complexidades sociais das quais nos apropriamos e construímos (Vigotski, 2004). Por que razão deveríamos buscar esse retorno à pré-história, não em processualidade, mas como fundamento das nossas atividades contemporâneas?

Aproximamo-nos da discussão de Narvaz e Koller (2006) para a apreensão da criatividade, à medida que é apresentada como a subversão aos prenúncios da família monogâmica. A dominação realizada através das experiências familiares comparece na aparência como algo natural, mas se efetiva como uma manutenção do *status quo* econômico-político. Nesse sentido, a invenção de novos papéis a serem desempenhados que sejam não só alternativos, mas também combativos à estrutura patriarcal, é o exercício da criatividade em seu sentido estrito.

Como discutimos, a imaginação se compõe da reprodução em alguns momentos, mas a ultrapassa. Tomemos o exemplo de Vigotski (2018) acerca do jogo de reprodução das crianças, em que o menino se imagina domando um cavalo e a menina brinca de ser mãe através das experiências vividas e visualizadas. A criatividade está, justamente, no desenvolvimento de reelaborações, em outras formas de atuar na realidade. Como bem dispõem Arruza e Bhattacharya (2020), a causa da opressão das mulheres não está na reprodução biológica, mas nas ancoragens que a torna social.

Todavia, não se pode tomar essa atividade como simples, é eminentemente revolucionária. O controle dos corpos femininos para a natalidade e o desenvolvimento da família para encarcerar mulheres no lar são basilares no desenvolvimento da modernidade e negá-los abala todas as estruturas (Federici, 2017). Temos que:

Un efecto de esta mercantilización es que se alimenta una imagen degradante de la maternidad al mostrarla como algo mecánico, el cuerpo de la mujer parece como un contenedor que no tiene creatividad alguna, la creatividad reside en los que la han inseminado, el cuerpo de la mujer es solo un lugar de paso. Debemos denunciar todas las cuestiones implicadas en esta forma de maternidad (Federici, 2018, p. 22).

Nesse sentido, o disposto por Lamas (1995) da mulher “criadora de cultura” é prerrogativa fundamental. Não somente no desenvolvimento artístico, como foi a proposta da autora, mas na acepção mais ampla de cultura como as relações sociais desenvolvidas. Adversamente ao enunciado do artigo que restringe a criação no âmbito privado, entendemos que a resistência aos modelos familiares e sexistas hegemônicos parte também de uma resistência coletiva.

A contrarrevolução analisada por Federici (2017) nos rudimentos do capitalismo se apresenta exatamente como uma tentativa de impossibilitar a autonomia nas relações comunais. Isso é particularmente considerável ao compreendermos que o patriarcalismo não paira sobre o ar dos lares, mas é um sistema concreto que se apresenta sob todas as instituições sociais e violenta mulheres sem dicotomização entre público e privado.

### 6.3 Trabalho

O trabalho, mediante uma concepção marxiana, é condição ontológica do ser social (Marx; Engels, 2007). Isso porque se configura como a criação de instrumentos para mediação entre homens, mulheres e a natureza. À medida que transformamos a realidade concreta, nos objetivamos e mudamos a nós mesmos. Entretanto, a utilização da força de trabalho humano para a autorreprodução do capital fez com que ele assumisse uma forma específica na modernidade: a faceta da exploração e geração de sobrevalor. Tomamos, no presente estudo, a concepção de trabalho como emprego sobre a qual circundaram as discussões de Silva *et al.* (2010), Monteiro *et al.* (2015) e Silva *et al.* (2014).

De modo geral, enfatizamos que tomar a atividade do trabalho como empregabilidade, além do reducionismo e impotência implicados, também invisibiliza o trabalho doméstico desenvolvido por mulheres, pauta deslindada por Federici (2017, 2018). Se a questão fundamental da luta feminista se tornar ingressar em empregos de gestão (Silva *et al.*, 2010), ainda assim a atividade desenvolvida na casa, no cuidado com crianças e mulheres continuará não remunerada ou, caso esteja, mal remunerada e destinada a mulheres negras e periféricas (Gonzalez, 2020).

Além disso, quando Monteiro *et al.* (2015) discutem o empreendedorismo feminino, estamos dando vazão às prerrogativas neoliberais através de estratégias de empoderamento. A dependência econômica não é elemento próprio do relacionamento conjugal violento, mas nele comparece frequentemente.

Além disso, a conformação ao trabalho no capitalismo envolve um aparato disciplinar para a gestão da vida, como nos apontam Arruza e Bhattacharya (2020, p. 39): “a reprodução de atitudes, predisposições, habilidades, qualificações; em certo sentido, é a reprodução da subjetividade e mesmo a internalização das formas de disciplina”. Contudo, embaladas pela discussão de Silva *et al.* (2014), não há uma composição puramente reprodutiva do trabalho. Sob lógica contraditória, é também a partir da objetivação que podem ser gestadas, inventadas, formas de resistência à exploração posta.

Nessa perspectiva, no rol da ideologia neoliberal, a criatividade é tomada como a capacidade de se organizar adaptativamente às demandas aceleradas da chefia, ou no caso das mulheres, de encontrar mecanismos para cumprir com a jornada dupla/tripla que realiza no trabalho/em casa. Diametralmente opostas, entendemos o fazer criativo como uma maneira de organizar contraposições à violência capitalista e patriarcal ao passo que se encontram objetivadas no ambiente de trabalho.

## 6.4 Pluralidade

Quando abordamos um fenômeno como o gênero, não podemos fazê-lo de forma isolada. Na nossa pesquisa, encontramos de forma bem estabelecida as conexões entre raça, gênero e sexualidade. Em primeiro lugar, definiremos raça para pensar a atividade criativa. Segundo Almeida (2018), raça é um conceito relacional, histórico, concreto e estruturante da sociedade, não só uma expressão anexa a outros mecanismos de sociabilidade. Isso porque o racismo está no cerne do desenvolvimento capitalista, sobretudo se investigamos as relações de dominação dos países “desenvolvidos” para os “subdesenvolvidos”. No contexto brasileiro, a pretensa abolição da escravatura criou o mito da democracia racial para justificar/naturalizar processos de subalternização da população negra, em especial, as mulheres.

Gonzalez (2020), por sua vez, demonstra como a mulher negra se tornou uma “viga moral” da comunidade, na medida em que se insere nas atividades primárias, as quais são desvalorizadas e raramente ocupadas por outros grupos sociais. São renegadas a espaços periféricos e precarizados, mas desempenham função central na sustentação do sistema produtivo. Convivem com a sexualização de seus corpos como as “mulatas”, mas não são escolhidas romanticamente. Pacheco (2013) demonstra como mulheres negras vivenciam a solidão e a violência contra seus corpos, seja na exploração do trabalho pelas ‘patroas’ ou pelo assédio físico e sexual desferido por ‘patrões’.

Contudo, a despeito do racismo que se desenrola historicamente, entendemos a criação como condição de resistência/existência. Consideramos que a superação dos desígnios impostos por homens brancos na constituição imaginativa é fundante do reconhecimento de si, dos outros e de uma transformação estrutural. No que tange aos rumos do amor e da violência, admitimos que “ao rejeitar a fantasia da submissão amorosa, pode surgir uma mulher preta participante, que não reproduz o comportamento masculino autoritário, já que se encontra no oposto deste, podendo, assim, assumir uma postura crítica, intermediando sua própria história e seu *ethos*” (Nascimento, 2019, p. 268).

Nesse sentido, Meneghel *et al.* (2005), Ramão *et al.* (2005) e Pimentel e Castro (2019) apresentam a criatividade como possibilidade de resistência. Julgamos ainda mais pertinentes as conexões feitas com a ancestralidade para a construção criativa, na medida em que:

A experiência de ser negro não pode ser tomada como uma reprodução automática dos significados negativos socialmente construídos sobre o negro pelos sistemas raciais. Embora o negro, como categoria social, tenha sido socialmente construído sob um olhar e lugar, social e simbólico, relacionado à inferioridade e de nele terem sido impregnados os significantes da feiura, incivilidade, imoralidade, brutalidade e atraso – expressão hegemônica das relações de dominação vetorizadas pela ideia de raça – as pessoas negras têm produzido, individual e coletivamente, sentidos existenciais não pejorativos ou até mesmo positivos sobre a raça, que envolvem força, poder, resiliência, superação, ancestralidade, os quais englobam

uma série de valores que subvertem os significados historicamente construídos sobre a raça, particularmente para os negros (Schucman; Gonçalves, 2020, p. 119-120).

Atravessados por seus elementos de cultura específicos, faz-se necessário reafirmar a importância das condições materiais e concretas mediante as quais a subjetividade da mulher negra se desenvolve. É a partir da materialidade que as opressões de gênero e de raça são substancialmente conscientes, como defendeu Hill Collins (2016). Retomamos, para tanto, Vigotski (2018), ao afirmar que a construção da fantasia é mais rica a partir do acesso real ao material disponível socialmente e, portanto, criar/resistir não se localiza somente no âmbito das ideias.

No percurso do desenvolvimento burguês, a heterossexualidade se torna outro modo de controlar a vida e reprodução do *status quo*. Como bem permeiam Rich (2010) e Lomando e Nardi (2013), a reprodução se vincula à normativa hétero, enquanto a criação está na sua confrontação. Vivemos, pois, em um cenário no qual:

Seja nas doutrinas da Igreja, nas conferências médicas e até nos debates dos modernistas do sexo, o significado dos atos sexuais específicos é tão importante quanto o gênero dos atores [...] o significado atribuído ao próprio ato é construído em relação a uma lógica de reprodução, mais que a um cálculo de atividade e passividade [...] estabelece-se um sistema hierárquico de valores no qual a heterossexualidade monogâmica e reprodutiva define uma norma da qual as outras formas de prática sexual nitidamente desviam (Parker, 1993, p. 149-150).

## 6.5 Personalidade

Parcela considerável dos estudos analisados partiu da concepção da criatividade como uma característica intrínseca ou como um traço de personalidade (Souza *et al.*, 2018; Prado *et al.*, 2014; Mundim; Wechsler, 2015). Tratamos, pois, de uma problemática antiga, mas atualizada em psicologia: a tendência em individualizar processos sociais. Personalidade, através de

um referencial sócio-histórico, se refere ao vir-a-ver constituído pela e na socialização.

Assim sendo, configura-se como um produto da atividade social e genérica (Silva, 2009). Ou, em outras palavras, “os traços sociais e de classe formam-se no homem a partir de sistemas interiorizados, que nada mais são do que os sistemas e relações sociais entre pessoas trasladados para a personalidade” (Vigotski, 2004, p.133).

Faz-se também necessário ressaltarmos que a personalidade não é influenciada pelas funções psíquicas, mas ela própria, ao atuar como totalidade, muda o papel, a hierarquia de motivações e as ligações das funções e sistemas psíquicos (Vigotski, 2000). Então, não há uma inversão de que os traços determinam a personalidade, mas tão somente a personalidade é produzida mediante o contato com o mundo externo e organiza a luta interna entre afetos, racionalidade e moral. A partir dessa ótica do conflito, a que Vigotski (2000) chamou de drama, a atividade criativa pode ser gerada entre a autoconsciência da personalidade e a consciência da realidade.

Superar o individualismo na análise é questionar as concepções inatistas sobre a criatividade, vez que está concatenada ao sistema conceitual em que se insere (Bakhtin, 2020). Mais além, consideramos que criar envolve a coletividade tanto para que seja apropriado como uma função psíquica superior, quanto a partir de sua objetivação (Vigotski, 2018). Seria mediante essa concepção que poderemos pensar a criação como elemento adversativo.

## **7. Considerações finais - Criatividade como potência e resistência para mulheres em situação de violência?**

À guisa de conclusão, apresentamos que a criatividade está imbricada nas questões sociais e históricas. Sendo o gênero um constructo histórico-social, a atividade criativa está intimamente relacionada. Mediante o objetivo geral de alçar compreensões sócio-históricas da criatividade e a violência contra as mulheres, obtivemos que, no caso das mulheres em situação de violência, a criatividade pode ser compreendida através da

germinação no cotidiano, rumo ao não cotidiano revolucionário. A criatividade, mediante o que discutimos, está definida na transformação da realidade, envolvendo a resistência às estruturas patriarcais e capitalistas que constroem o trabalho de cuidado, estabelecem normativas e culpabilizam mulheres pela própria violência sofrida no cotidiano doméstico.

Dentro dessa cotidianidade, previsões sobre a posição da mulher na família e da maternidade são hábitos cristalizados, mas que podem ser recriados por meio da consciência e questionamento dessa realidade. Como dispõe Lerner (2019, p. 38):

[...] Homens e mulheres vivem em um palco no qual desempenham seus papéis designados, ambos de igual importância. A peça não pode prosseguir sem os dois tipos de atores. Nenhum deles “contribui” mais ou menos para o conjunto, nenhum é secundário nem dispensável. Mas o cenário é concebido, pintado e definido por homens. Homens escreveram a peça, dirigiram o espetáculo, interpretaram os significados da ação. Eles se auto escalaram para os papéis mais interessantes e heróicos, deixando para as mulheres o papel de coadjuvante. [...] Dão preferência a mulheres submissas e àquelas que se encaixam com perfeição na descrição da vaga. Homens punem, por meio da ridicularização e exclusão, qualquer mulher que se ache no direito de interpretar o próprio papel ou - o pior dos pecados - reescrever o roteiro.

A dedicação de papéis cada vez mais marginalizados não só se ancora no sistema de desvalorização da mulher. Quando tangenciamos a vivência de mulheres negras, pobres e não heteros, há violências ainda mais complexas concatenadas. Evidenciamos, pois, a importância de considerar a diversidade de experiências na análise da criatividade e violência contra mulheres. Contudo, assimilamos mais uma vez a criatividade como capacidade de resistir. A conexão com a ancestralidade ressalta como as raízes culturais e históricas influenciam a expressão criativa das mulheres, sendo manifestação de resistência.

No entanto, concluímos, mediante o estudo, os perigos de analisar como uma característica própria de algumas mulheres, de modo a não

reproduzir a lógica neoliberal de que: “algumas conseguem, então basta querer”. O trabalho é, nessa perspectiva, importante ferramenta de análise. Em essência, é a força que orienta a materialização da vida humana. Contudo, no desenvolvimento capitalista é também restrição da possibilidade humanizadora. Gera, pois, obstáculos à plena criatividade das mulheres, além de tornar mulheres mais vulneráveis às violências domésticas à medida que invisibiliza e não remunera o cuidado. Cabalmente, essa perspectiva nos traz que a criatividade não é apenas um traço individual, mas também uma construção coletiva a partir das estruturas sociais.

Importa destacar que os sistemas educacionais e formativos da mulher a posicionam como mãe e cuidadora. Nesse sentido, o acesso ao conhecimento cultural tende a ser limitado, o que entendemos gerar impactos na elaboração da fantasia e na consciência das relações reais de violência e de afeto a que estão submetidas. Evidentemente, não haveria uma conexão direta, linear e unicausal, mas acreditamos ser interessante que pesquisadoras e pesquisadores desenvolvam tal questão futuramente.

Como destaca Vigotski (2018), a abulia e o estado contemplativo são expressão do empobrecimento da imaginação e poderia ser este o caso de mulheres que permanecem em situação de violência. Ao fim, entendemos que alcançamos o objetivo de conectar a compreensão da criatividade na psicologia sócio-histórica e a violência contra mulheres. Além disso, salientamos que a busca pela criatividade e liberdade é categoria fulcral à psicologia de modo geral no desenvolvimento de suas intervenções com mulheres em situações de violência nos mais variados contextos de atuação.

Não tratamos, contudo, de respostas findas, mas de escrever como o movimento do pensamento que questiona. Sugerimos novos estudos que aprofundem nas questões que aqui desenvolvemos, nas contradições entre a potência da criatividade como haveria ocorrido na estória de Sherazade e as mil e uma noites, e na sina da fantasia que se estrutura através do sistema patriarcal dos “contos de fada” clássicos e irreais. Reiteramos, por fim, que criar condições para a emancipação das mulheres só será, se radicalmente coletiva.

## Referências

ALMEIDA, S. L. de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ARAÚJO, D. R. D. de. O amor no feminino: ocultamento e/ou revelação? **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 469-477, 2003.

ARRUZA, C.; BHATTACHARYA, T. Teoría de la Reproducción Social: Elementos fundamentales para un feminismo marxista. **Archivos de Historia del Movimiento Obrero y la Izquierda**, n. 16, p. 37-69, 2020.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2020.

BARROCO, S. M. S.; TULESKI, S. C. Vigotski: o homem cultural e seus processos criativos. **Psic. da Ed.**, v. 24, p. 15-33, 2007.

CISNE, M. Relações sociais de sexo, “raça”/etnia e classe: uma análise feminista-materialista. **Temporalis**, v. 14, n. 28, p. 133-149, 2014.

CISNE, M. Feminismo e marxismo: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. **Serv. Soc. Soc.**, n. 132, p. 211-230, 2018.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Ed. Expressão Popular, 2010.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante, 2017.

FEDERICI, S. **El patriarcado del salario**. Críticas feministas al marxismo. Madrid: Traficantes de Sueños, 2018.

FEDERICI, S.; GAGO, V.; CAVALLERO, L. (eds.) **¿Quién le debe a quién?** Ensayos transnacionales de desobediencia financiera. Buenos Aires: Tinta Limón, 2021.

GAGO, V. Violencias: ¿hay una guerra “en” y “contra” el cuerpo de las mujeres? In: V. GAGO. **La potencia feminista:** o el deseo de cambiarlo todo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón, 2019.

GALLBACH, M. R. **Sonhos e gravidez:** iniciação à criatividade feminina. Coleção Amor e Psique. São Paulo, SP: Paulus, 1995.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afrolatinoamericano.** Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

HELLER, A. **Sociologia de la vida cotidiana.** Disponível em: <https://elsudamericano.files.wordpress.com/2016/08/73-agnes-heller-colecccic3b3n.pdf> f. 2017. Acesso em: 22 de agosto de 2023.

HILL COLLINS, P. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Revista Sociedade e Estado**, v. 11, n. 1, p. 99-127, 2016.

KOLLONTAI, A. **A nova mulher e a moral sexual.** São Paulo: Expressão Popular, 2011.

LERNER, G. **A criação do patriarcado:** História da opressão das mulheres pelos homens. São Paulo: Cultrix, 2019.

LIMA, T.; MIOTO, R. C. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál. Florianópolis**, v. 37, p. 37-45, 2010.

LIRA, M. O. de S. C. e. **Quotidiano de mulheres do semiárido nordestino que sofreram abuso sexual no contexto familiar**. Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Salvador: Pós-Graduação em Enfermagem/UFBA, 2015.

LOMANDO, E.; NARDI, H. C. Conjugalidades múltiplas nas travestilidades e transexualidades: uma revisão a partir da abordagem sistêmica e da psicologia social. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 493-503, 2013.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MAYER, L. R. **Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de meninas vítimas de violência doméstica**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, 2002.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Histórias de resistência de mulheres negras. **Estudos Feministas**, v. 13, n. 3, p. 320, 2005.

MONTEIRO, L. *et al.* Representações sociais do empreendedorismo no feminino e no masculino: investigação com estudantes. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 1, p. 107-116, 2015.

MUNDIM, M. C. B.; WECHSLER, S. M. Excelência criativa em mulheres brasileiras. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 3, p. 797-813, 2015.

NARVAZ, M. G. Masoquismo feminino e violência doméstica: reflexões para a clínica e para o ensino de Psicologia. **Psicologia Ensino & Formação**, v. 1, n. 2, p. 47-59, 2010.

NASCIMENTO, B. A mulher negra e o amor. In: HOLLANDA, H. B. de (org.). **Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto**. Rio de Janeiro: Bazar do tempo, 2019.

NETTO, J. P.; CARVALHO, M. C. B. de. **Cotidiano**: conhecimento e crítica. São Paulo: Cortez, 2012.

NYE, A. **Teoria feminista e as filosofias do homem**. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1995.

PACHECO, A. C. L. **Mulher negra**: afetividade e solidão. Salvador: Edufba, 2013.

PARKER, R. **Corpos, prazeres e paixões**: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Best Seller, 1993.

PIMENTEL, A.; CASTRO, E. H. B. Ajustamento criativo e enfrentamento à subalternidade por mulheres negras e lésbicas. **Pluralidades em Saúde Mental**, v. 8, n. 1, p. 113-126, 2019.

PRADO, A. **Reunião de poesia**. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Bestbolso, 2020.

PRADO, R. M. *et al.* O desenvolvimento do talento em uma perspectiva feminina. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 1, p. 134-145, 2014.

RAMÃO, S. R. *et al.* Nos caminhos de Iansã: cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência de gênero. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 79-87, 2005.

RICH, A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. **Revista Bagoas**, v. 4, n. 5, p. 18-44, 2020.

RUAS, R. Economia Política Feminista e Teoria Social em Marx: para avançar a crítica unitária das relações sociais capitalistas. In: CUNHA, J. R. (org.) **Teorias Críticas e Crítica do Direito**. Rio de Janeiro: UERJ, Lumen Juris, 2020.

SCHUCMAN, L. V.; GONÇALVES, M. M. Raça e subjetividade: do campo social ao clínico. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 72, p. 109-123, 2020.

SCHUCMAN, L. V.; GONÇALVES, M. M. **Imaginação e criatividade na infância**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018.

SCHUCMAN, L. V.; GONÇALVES, M. M. Sobre os sistemas psicológicos. In: VIGOTSKI, L. S.. **Teoria e Método em Psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

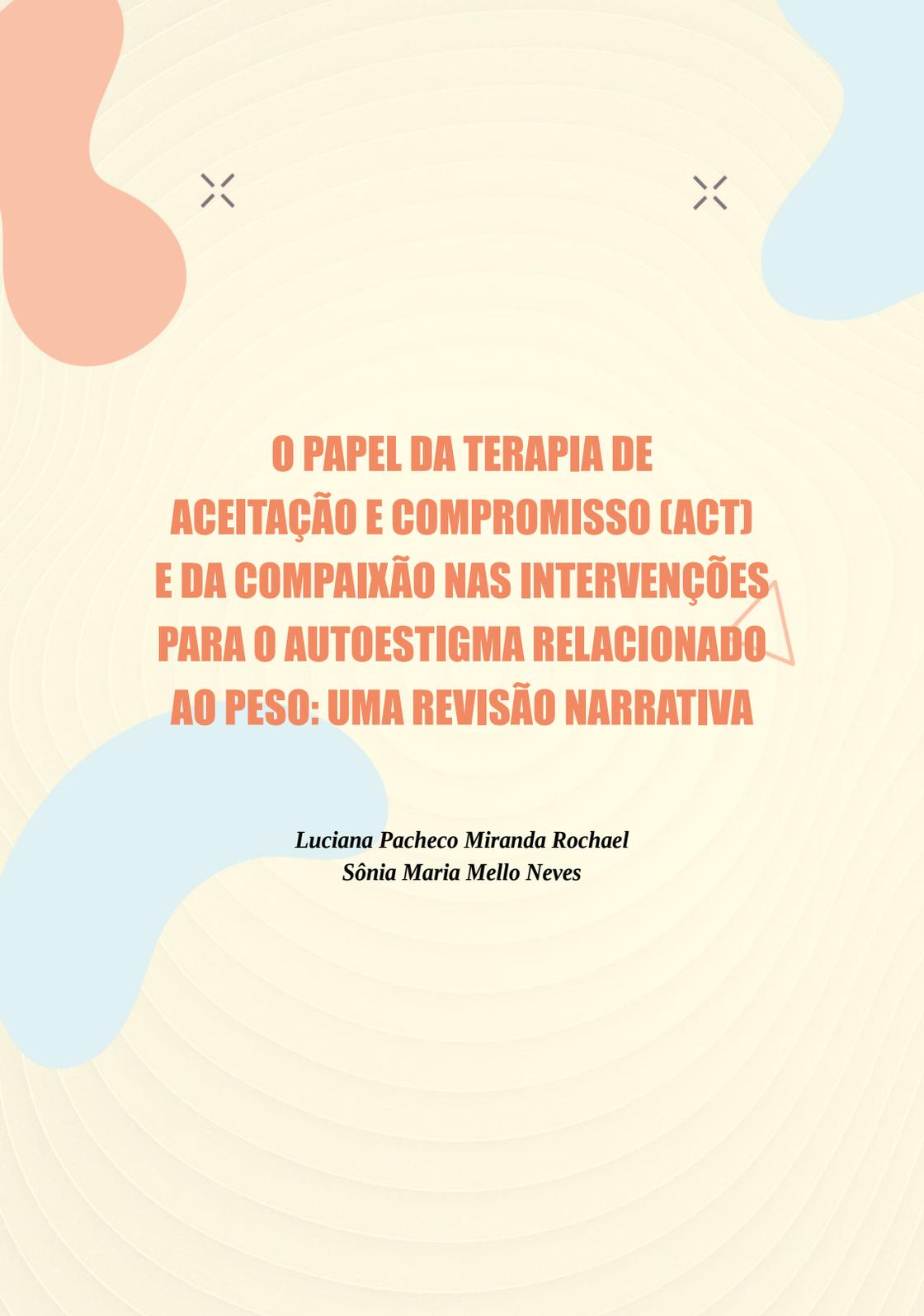
SCHUCMAN, L. V.; GONÇALVES, M. M. Lev S. Vigotski: Manuscrito de 1929. **Educação e Sociedade**, v. XXI, n. 71, p. 21-45, 2000.

SILVA, F. G da. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. **Psic. da Ed.**, v. 28, p. 169-195, 2009.

SILVA, J. O. *et al.* A astúcia invisível de mulheres trabalhadoras de escola. **Psicologia em Revista**, v. 20, n. 3, p. 427-445, 2014.

SILVA, M. R. M. S e. *et al.* Diferenças de gênero e valores relativos ao trabalho. **Paideia**, v. 20, n. 45, p. 39-45, 2010.

SOUZA, M. B. *et al.* Características de Personalidade das Mulheres Vítimas de Violência Doméstica. **Rev. Mult. Psic.**, v. 12, n. 39, p. 552-572, 2018.

The background features a series of concentric, light-colored circles centered on the page. Overlaid on these are abstract, organic shapes in shades of orange and light blue. Two small 'x' marks are positioned in the upper left and upper right areas.

# **O PAPEL DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO (ACT) E DA COMPAIXÃO NAS INTERVENÇÕES PARA O AUTOESTIGMA RELACIONADO AO PESO: UMA REVISÃO NARRATIVA**

*Luciana Pacheco Miranda Rochael*  
*Sônia Maria Mello Neves*

**Resumo:** O autoestigma relacionado à obesidade e sobrepeso inclui duas dimensões: o medo do estigma atribuído socialmente e a autodesvalorização. Esses aspectos prejudicam a adesão ao tratamento, o engajamento no desenvolvimento de hábitos saudáveis e impactam negativamente a qualidade de vida. Estudos indicam que a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) pode contribuir para a redução do autoestigma ao promover flexibilidade psicológica e favorecer o engajamento em comportamentos valorizados. Intervenções baseadas em autocompaixão complementam esse processo ao reduzir autoisolamento, autocritica e superidentificação com pensamentos e sentimentos negativos. Esta revisão narrativa explorou a literatura sobre intervenções em ACT e autocompaixão para o autoestigma do peso, a partir das bases PsycINFO e PubMed. Os estudos analisados indicam que tais intervenções demonstram potencial para reduzir o autoestigma e favorecer o bem-estar psicológico. No entanto, há escassez de estudos longitudinais, amostras pequenas e poucos ensaios clínicos robustos. Apesar dessas limitações, os achados sugerem que a ACT pode se beneficiar com a inclusão explícita de práticas de autocompaixão, potencializando seus efeitos na redução do autoestigma.

**Palavras-chave:** Autoestigma em indivíduos com sobrepeso/obesidade. ACT para redução do autoestigma. Autocompaixão no contexto do autoestigma do peso.

**Abstract:** This is a summary of a scientific article in the field of Psychology. Please translate while maintaining a formal and academic tone. Self-stigma related to obesity and overweight includes two dimensions: fear of socially attributed stigma and self-devaluation. These aspects hinder adherence to treatment, engagement in the development of healthy habits and negatively impact quality of life. Studies indicate that Acceptance and Commitment Therapy (ACT) can help reduce self-stigma by promoting psychological flexibility and encouraging engagement in valued behaviors. Interventions based on self-compassion complement this process by reducing self-isolation, self-criticism and over-identification with negative thoughts and feelings. This narrative review explored the literature on ACT and self-compassion interventions for weight self-stigma from PsycINFO and PubMed. The studies analyzed indicate that such interventions have the potential to reduce self-stigma and promote psychological well-being. However, there is a shortage of longitudinal studies, small sample sizes and few robust clinical trials. Despite these limitations, the findings suggest that ACT could benefit from the explicit inclusion of self-compassion practices, enhancing its effects in reducing self-stigma.

**Keywords:** self-stigma in overweight/obese individuals, ACT to reduce self-stigma, self-compassion in the context of weight self-stigma.

## 1. Introdução

O autoestigma relacionado à obesidade e sobrepeso pode ser considerado como um dos fatores que prejudicam a adesão ao tratamento para perda de peso e o engajamento no desenvolvimento de hábitos saudáveis, impactando negativamente na qualidade de vida dos indivíduos (Lillis *et al.*, 2009). Embora seu papel nos resultados de tratamento em relação as medidas de peso necessitem de pesquisas, estudos sugerem associações entre o autoestigma e impactos nos tratamentos para obesidade e sobrepeso (Lillis *et al.*, 2020; Puhl; Himmelstein; Pearl, 2020). Ainda que, usualmente, os tratamentos produzam perda de peso, ocorre alta taxa de desistência e, frequentemente, a perda de peso não é mantida, com recuperação de metade do peso perdido no primeiro ano e 80% dos pacientes retornam ou excedem o peso inicial, e nos 3 a 5 anos após tratamento (Perri, 1998; Lillis; Hayes; Levin, 2011).

Pearl *et al.* (2018) indicam que o estigma do peso está associado a menores índices de emagrecimento em adultos com obesidade. Assim como pode ter implicações negativas para a manutenção da perda de peso nessa população. Puhl, Himmelstein e Pearl (2020) ressaltam a importância de investigações mais robustas sobre o estigma do peso, pois existem associações demonstradas entre o estigma do peso e comportamentos adversos à saúde, o que contribui para uma saúde precária relacionada ao peso, incluindo comportamentos alimentares inadequados, baixa atividade física, estresse e ganho de peso.

O estigma, em geral, está associado à pior saúde física e mental, pior qualidade de vida, níveis mais baixos de esperança, autoestima, autoeficácia e empoderamento entre indivíduos estigmatizados (Wong *et al.*, 2019). Para Goffman (1984) o estigma é um atributo, uma marca, que diferencia um indivíduo dos outros, colocando-os em uma categoria menos desejável. Wong *et al.* (2019) relatam que o estigma afeta um número significativo de pessoas na população, como grupos raciais e étnicos específicos, pessoas com doenças mentais, pessoas com deficiência intelectual, minorias sexuais, pessoas com HIV, com problemas de saúde física - por exemplo, deficiências físicas, câncer, dor crônica e obesidade.

O peso corporal, portanto, é uma identidade social sujeita à estigmatização e discriminação. As evidências demonstram que pessoas com sobrepeso ou obesidade enfrentam desvalorização social e maus-tratos/hostilidade (Puhl; Heuer, 2009). Puhl, Himmelstein e Pearl (2020) explicitam que essa desvalorização social por causa do peso corporal é referida como estigma de peso, o qual inclui estereótipos negativos que atribuem aos indivíduos marcas. São taxados com o estereótipo de indolência, procrastinação, preguiça, indisciplina e incompetência. Podem aliar-se à discriminação e incentivo a manifestações de estigma público, resultando em tratamento injusto de pessoas por causa de seu peso em vários domínios da vida, como nas áreas do trabalho, da educação e da assistência à saúde, além da ocorrência de experiências estigmatizantes nos relacionamentos interpessoais com familiares e amigos (Pearl *et al.*, 2018; Lillis *et al.*, 2009).

Vale salientar que indivíduos estigmatizados internalizam o estigma público, levando à autodesvalorização, com impactos negativos na autoestima e autoeficácia (Link; Phelan, 2001). Segundo Lillis *et al.* (2009), é comum que indivíduos obesos estejam cientes das atribuições negativas a eles direcionadas e, para evitar o desprezo social percebido, tendem a estreitar seu mundo consideravelmente. Frequentemente relatam diminuição das atividades físicas e sociais, redução do funcionamento sexual e prejuízos na autoimagem.

Fazem parte do autoestigma do peso a experiência pessoal de vergonha e autoavaliação negativa (Lillis *et al.*, 2009). Quanto à vergonha, Luoma *et al.* (2012) afirmam que o núcleo emocional da experiência do estigma tende à construção de uma autoimagem negativa por si considerar defeituoso e não digno de ser amado ou aceito. Isso coopera na construção do autoconceito negativo. Como resultado, esses fatores contribuem para o aumento do autoestigma, menor intenção em buscar ajuda, baixa adesão a tratamentos, e agravamento de condições de saúde física e mental (Wong *et al.*, 2019). Considerando os desafios impostos pelo autoestigma do peso, abordagens terapêuticas que favorecem a aceitação e a flexibilidade psicológica têm sido estudadas como alternativas promissoras.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), um modelo psicoterapêutico analítico-comportamental baseado na Teoria das Molduras

Relacionais (Hayes; Barnes-Holmes; Roche, 2001), é considerada uma abordagem eficaz para reduzir o autoestigma e seus impactos psicológicos (Luoma *et al.*, 2015; Lillis *et al.*, 2014). Essa abordagem baseia-se no desenvolvimento da flexibilidade psicológica, permitindo que os indivíduos observem seus pensamentos sem reagir automaticamente a eles e orientem seus comportamentos de forma alinhada com seus valores. Evidências sugerem que a ACT contribui para a redução da fusão cognitiva e da evitação experiencial, favorecendo uma maior participação em atividades que promovem bem-estar e propósito, independentemente da presença de pensamentos auto-depreciativos (Wong *et al.*, 2019). Além disso, intervenções baseadas nessa abordagem têm sido aplicadas para o autoestigma em contextos como dependência química e HIV, demonstrando efeitos positivos na aceitação e no bem-estar psicológico (Skinta *et al.*, 2015; Griffiths *et al.*, 2018).

A ACT não busca eliminar pensamentos estigmatizantes, mas sim modificar a relação do indivíduo com eles, de modo que deixem de restringir seus comportamentos. Por meio da defusão cognitiva, auxilia os indivíduos a reconhecerem seus pensamentos como eventos mentais transitórios, reduzindo sua influência sobre a tomada de decisão (Wong *et al.*, 2019). A aceitação, por sua vez, possibilita lidar com experiências emocionais difíceis sem as evitar, aumentando a disponibilidade para direcionar ações com intencionalidade.

Ensaio clínico indicam que essa abordagem resulta na diminuição da vergonha internalizada e do sofrimento psicológico, sendo aplicada em populações com obesidade, transtornos psiquiátricos e outras condições estigmatizadas (Luoma *et al.*, 2015). Além disso, estudos sugerem que a ACT melhora a aceitação corporal e favorece a adoção de comportamentos coerentes com valores pessoais, o que reforça seu potencial na mitigação do autoestigma (Griffiths *et al.*, 2018). Nesse contexto, a autocompaixão tem sido apontada como um recurso importante na redução do autoestigma, favorecendo uma relação menos rígida e autocrítica consigo mesmo.

Por sua vez, Mittal *et al.* (2012) apresentam duas principais abordagens para a redução do autoestigma: (1) modificar crenças e atitudes estigmatizantes ou aceitar sua existência, podendo ambas as estratégias ser utilizadas de forma independente ou combinada; e (2) desenvolver e fortalecer

habilidades de enfrentamento do estigma. No contexto da segunda perspectiva, estudos sobre outras condições estigmatizadas, como doença mental crônica e dor crônica, indicam que indivíduos que sofrem estigma podem recorrer a diversas estratégias eficazes de autoproteção, sendo a autocompaixão um desses recursos potenciais no desenvolvimento dessas habilidades (Hilbert *et al.*, 2015). O efeito protetor da autocompaixão no estigma do peso foi identificado por baixos níveis de atitudes de autoisolamento e autojulgamento, bem como na baixa superidentificação com pensamentos e sentimentos negativos, conforme demonstrado no estudo de Hilbert *et al.* (2015).

A autocompaixão tem se mostrado um recurso fundamental na mitigação do autoestigma, favorecendo uma relação menos rígida e autocrítica consigo mesmo. Indivíduos com altos níveis de autocompaixão demonstram maior capacidade de tomar perspectiva sobre seus próprios pensamentos e emoções, permitindo reinterpretar experiências estigmatizantes de maneira menos ameaçadora e menos propensa à internalização de rótulos negativos (Wong *et al.*, 2019). Além disso, a autocompaixão está associada a um impacto positivo na regulação emocional, reduzindo a ruminação e fortalecendo estratégias de enfrentamento que minimizam os efeitos negativos do autoestigma (Wong *et al.*, 2019).

Estudos sugerem que indivíduos autocompassivos apresentam maior resiliência psicológica, menor tendência ao isolamento social e mais disposição para buscar apoio, fatores que auxiliam na superação do estigma internalizado (Wong *et al.*, 2019). Essas evidências reforçam a importância de integrar práticas de autocompaixão em intervenções terapêuticas, especialmente na ACT, uma vez que, como apontam Luoma e Platt (2015), essa habilidade pode atuar como um mecanismo mediador no desenvolvimento da flexibilidade psicológica e na redução da autocrítica severa.

Em contraste com os efeitos de distanciamento e isolamento social provenientes da vergonha e autocrítica, que são altamente prevalentes no autoestigma, a autocompaixão tende a favorecer formas mais flexíveis de lidar com essas experiências (Luoma; Platt, 2015). Esse processo inclui repertórios comportamentais voltados para o autocuidado e para relações interpessoais mais saudáveis, caracterizadas por maior proximidade emocional e menor evitação. Além disso, esses padrões de comportamento

estão associados a emoções afiliativas, como calor interpessoal, interesse, alegria e valorização própria. Por essa razão, intervenções clínicas direcionadas à vergonha e à autocrítica têm enfatizado o desenvolvimento da autocompaixão como estratégia terapêutica (Gilbert, 2022).

Existem diferentes abordagens e definições para a compaixão e sua aplicação em psicoterapia. Gilbert (2022) define compaixão como a sensibilidade à experiência de sofrimento, em si mesmo e em outros juntamente com um profundo desejo de preveni-lo e aliviá-lo. Autocompaixão, portanto, seria a compaixão dirigida a si mesmo. Indivíduos autocompassivos seriam abertos ao seu sofrimento e menos propensos a evitar ou a se desconectar de sua experiência negativa, buscando formas eficazes de cuidado que incluem acolhimento, validação, prevenção, proteção e motivação para lidar com situações difíceis (Neff; Germer, 2019).

A autocompaixão demonstra relevância quando se consideram inadequações, erros e falhas pessoais, bem como no enfrentamento de situações de vida dolorosas (Neff; Tirsch, 2013). Por estabelecer uma compreensão sem julgamentos e normalizadora da dor, vista como parte da experiência humana mais ampla, leva a uma perspectiva mais equilibrada para abordar a experiência de sofrimento (Neff, 2003; Wong *et al.*, 2019).

Neff e Tirsch (2013) apontam que, nas intervenções baseadas em *mindfulness* e aceitação, a autocompaixão parece ser um fator terapêutico importante e novas formas de ensiná-la são desenvolvidas em diferentes modelos terapêuticos. Um desses enfoques, que atua diretamente no desenvolvimento da compaixão, foi elaborado por Paul Gilbert (2022), nomeado Terapia Focada na Compaixão (TFC). Na ACT a compaixão não aparece como componente formal do modelo. No entanto, pesquisadores e clínicos atuantes na perspectiva da ACT têm discutido e explorado empiricamente o papel da compaixão nessa psicoterapia (Neff; Tirsch, 2013; Tirsch; Schoendorff; Silberstein, 2014; Yadavaia; Hayes; Vilardaga, 2014; Skinta *et al.*, 2015). A autocompaixão seria um mecanismo subjacente, inerente aos processos centrais da ACT (Hayes, 2008; Luoma; Platt, 2015).

A TFC é descrita como uma abordagem biopsicossocial, evolutiva e integrativa, baseada na Teoria da Mentalidade Social (Gilbert, 2022). Na TFC, os clientes são apoiados no desenvolvimento das habilidades e atributos

de um self compassivo. Esse processo aumenta a consciência e a compreensão de reações emocionais, especialmente quando a forma mais habitual com a qual a pessoa se relaciona consigo mesma envolve vergonha e ataque auto-direcionado, por meio de um diálogo interno crítico, depreciativo e ofensivo.

Os princípios-chave da TFC incluem a motivação para o cuidado, a atenção e a ação voltadas ao bem-estar, bem como à sensibilidade às próprias necessidades e angústias, visando à construção de autocompreensão. Para esse fim, a abordagem utiliza técnicas como o treinamento de *mindfulness*, visualizações, respostas cognitivas compassivas e o engajamento em comportamentos e hábitos autocompassivos (Gilbert, 2022).

Embora siga uma abordagem diferente, a ACT também tem sido explorada como uma alternativa terapêutica para lidar com o sofrimento e desenvolver uma relação mais flexível com os próprios pensamentos e emoções. Dahl *et al.* (2009) descreveram como os processos de flexibilidade psicológica da ACT afetam diretamente a compaixão por si mesmo e pelos outros. Em seu modelo, a autocompaixão envolveria a capacidade de experimentar emoções difíceis com boa vontade e observar atentamente os pensamentos de autoavaliação, angústia e vergonha, sem permitir que o emaranhamento nessas narrativas influencie o comportamento. Dessa forma, o indivíduo pode se envolver com os aspectos significativos de sua vida com bondade e autovalidação. Além disso, a autocompaixão possibilita a mudança flexível de perspectiva em direção a um senso de identidade mais amplo (Hayes, 2008; Tirsch; Schoendorff; Silberstein, 2014).

Apesar de a ACT não incluir explicitamente a autocompaixão como um componente central, há evidências de que essa habilidade pode emergir como um processo relevante dentro dessa abordagem (Neff; Tirsch, 2013). Pesquisas indicam que a ACT pode promover a autocompaixão ao reduzir a fusão com narrativas autodepreciativas, favorecendo uma relação menos rígida e autocrítica consigo mesmo (Yadavaia *et al.*, 2014).

Um estudo randomizado demonstrou que intervenções baseadas na ACT resultaram em aumento significativo da autocompaixão, redução do sofrimento psicológico e maior flexibilidade psicológica, sugerindo que essa variável pode atuar como mediadora dos efeitos terapêuticos da abordagem (Yadavaia *et al.*, 2014). Além disso, a ACT facilita um maior

contato com o momento presente e um senso ampliado de identidade, o que pode permitir que indivíduos estigmatizados desenvolvam uma visão mais compassiva de si mesmos (Tirch *et al.*, 2014). Esses achados reforçam a importância de integrar práticas voltadas à autocompaixão em intervenções baseadas na ACT, especialmente para populações que apresentam alta auto-crítica e vulnerabilidade ao autoestigma.

Na ACT, a compaixão vem sendo relacionada aos processos de aceitação e tomada de perspectiva. A capacidade humana de ser consciente da própria dor envolve a consciência da dor dos outros. Na mesma direção, ao desenvolver habilidades para ser menos dominado por autoavaliações categóricas e julgadoras, a pessoa poderá se engajar menos prontamente em condenações e julgamentos dos outros e à medida que a compaixão é cultivada, elementos centrais da flexibilidade psicológica também são desenvolvidos (Hayes; Strosahl; Wilson, 2021; Tirch; Schoendorff; Silberstein, 2014).

Nesse contexto, dado o papel da ACT e da autocompaixão como estratégias potenciais na redução do autoestigma, torna-se relevante compreender como essas abordagens têm sido utilizadas para lidar com essa problemática. Assim, o presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura sobre intervenções para o autoestigma do peso baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e na compaixão.

## 2. Metodologia

Utilizou-se a revisão narrativa por meio de uma busca assistemática da literatura, consultando as bases de dados PsycInfo e PubMed, com os descritores “ACT” and “obesity”; “ACT” and “weight self stigma”; “Compassion” and “obesity”; “Compassion” and “weight self stigma”, para levantamento de artigos em inglês.

Foram incluídos artigos empíricos com intervenções ACT e compaixão para o peso, autoestigma, vergonha corporal e viés de peso internalizado. Após a leitura dos títulos e resumos, os artigos selecionados foram analisados integralmente e incluídos por conveniência. Seguiu-se para a realização de uma síntese dos dados em que os principais resultados foram apresentados em uma discussão teórica.

### 3. Resultados e discussão

Os achados dos estudos revisados indicam que intervenções baseadas na ACT e na autocompaixão demonstram potencial na redução do autoestigma do peso e na melhora do bem-estar psicológico. No entanto, um aspecto relevante para a prática clínica é a forma como essas abordagens são implementadas. Enquanto alguns estudos avaliaram intervenções estruturadas conduzidas em contexto terapêutico, outros investigaram estratégias de autoajuda ou suporte remoto, com mínima ou nenhuma supervisão profissional.

Vale citar que essa diferença metodológica pode influenciar diretamente a aplicabilidade dos achados na clínica psicológica, especialmente na personalização do tratamento e no suporte à adesão do paciente. Portanto, para que essas intervenções sejam eficazes na prática clínica, é fundamental considerar como integrar essas estratégias ao contexto terapêutico, adaptando-as às necessidades individuais dos pacientes.

Além da variação nos formatos das intervenções analisadas, é importante considerar as implicações dessas abordagens para a prática clínica. Intervenções com suporte terapêutico permitem ajustes personalizados, maior acolhimento das dificuldades emocionais dos pacientes e favorecem o desenvolvimento de repertórios mais flexíveis para lidar com o autoestigma. Já abordagens baseadas exclusivamente em autoajuda, embora acessíveis, podem ser insuficientes para pessoas com alto nível de sofrimento emocional e histórico de fracasso em tentativas anteriores de manejo do peso. No contexto clínico, a presença do profissional da psicologia pode ser essencial para facilitar o engajamento no tratamento, monitorar progressos e ajudar na implementação de estratégias mais eficazes para a aceitação e a mudança comportamental.

Como resultado da busca, foram selecionados nove artigos. Foram encontrados: cinco artigos com intervenções ACT para o autoestigma do peso, três estudos sobre compaixão para o autoestigma do peso, vergonha corporal e viés de peso internalizado e um artigo com intervenção ACT, autocompaixão e mindfulness para o autoestigma do peso.

Diferentes estudos avaliaram intervenções baseadas na ACT para o autoestigma do peso, utilizando formatos variados, como workshops

presenciais, autoajuda guiada e programas online. Lillis *et al.* (2009) investigaram o impacto de um workshop intensivo de ACT na qualidade de vida, sofrimento psicológico e autoestigma do peso, além de avaliar seu efeito sobre esforços para perda de peso sem foco exclusivo na redução do IMC. Em um acompanhamento de três meses, os participantes ( $n = 84$ ,  $IMC \geq 25$ ) apresentaram melhorias significativas no autoestigma, bem-estar psicológico, flexibilidade psicológica e aceitação do peso ( $p < 0,01$ ).

Apesar da eficácia da intervenção, a ausência de acompanhamento clínico contínuo pode ser um fator limitante para indivíduos que necessitam de suporte mais estruturado. Esses achados sugerem que intervenções breves baseadas na ACT podem ser úteis em contextos clínicos, especialmente em grupos psicoeducativos e programas intensivos, mas podem se beneficiar de um seguimento mais prolongado.

No estudo de Levin *et al.* (2018) e Potts, Krafft e Levin (2022), a ACT foi aplicada por meio de um programa de autoajuda guiada, utilizando o livro *The Diet Trap* (Lillis; Dahl; Weineland, 2014) como principal recurso psicoeducativo. No primeiro estudo, Levin *et al.* (2018) testaram a viabilidade e eficácia da intervenção em 13 mulheres ( $IMC \geq 30$ ), que combinaram a leitura do material com suporte telefônico semanal durante sete semanas e follow-up de três meses. Os resultados mostraram redução do autoestigma, melhora na alimentação emocional, comportamentos de controle de peso, qualidade de vida e depressão ( $d = 1,68$  a  $2,45$ ), além de perda de peso média de 1,89 kg e aumento da flexibilidade psicológica ( $p = 0,02$ ).

Potts, Krafft e Levin (2022) ampliaram essa investigação em um ensaio clínico randomizado com 55 participantes ( $IMC \geq 27$ ), comparando duas condições experimentais: (1) leitura do livro com suporte via e-mail e (2) leitura do livro com suporte via e-mail e chamadas telefônicas breves (5-10 min) durante oito semanas. Ambas as condições reduziram significativamente o autoestigma em relação ao grupo de lista de espera ( $p < 0,001$ ), com tamanho de efeito maior para o grupo com suporte telefônico ( $d = 1,13$ ) em comparação ao suporte apenas via e-mail ( $d = 0,82$ ). Além disso, o grupo que recebeu suporte telefônico apresentou melhores resultados em comportamento alimentar saudável ( $d = 0,57$ ) e atividade física ( $d = 0,84$ ,  $p < 0,05$ ). No entanto, não houve mudanças significativas no IMC.

Esses achados indicam que intervenções baseadas em ACT por meio de autoajuda guiada podem ser eficazes na redução do autoestigma, enquanto a adição de suporte telefônico pode ampliar benefícios na modificação de hábitos saudáveis.

Berman *et al.* (2022) avaliaram a eficácia de um programa online e autoguiado baseado na ACT em um ensaio clínico piloto. A intervenção teve duração de 11 semanas, com módulos interativos e exercícios práticos. Em uma amostra de 19 mulheres (IMC  $\geq$  25), os participantes apresentaram redução significativa do autoestigma e maior aceitação corporal, além de melhora no bem-estar psicológico e na motivação para hábitos saudáveis. Os efeitos foram acompanhados em follow-ups de 3, 6, 9 e 12 meses, indicando manutenção dos ganhos terapêuticos ao longo do tempo. No entanto, os autores destacam que, apesar dos resultados positivos, o formato autoguiado pode ter limitações, especialmente para indivíduos que necessitam de suporte clínico mais estruturado. Isso reforça a importância de investigações sobre formatos híbridos, que combinem autoajuda e acompanhamento profissional.

Segundo Griffiths *et al.* (2018), apesar dos resultados promissores, a eficácia da ACT para o autoestigma relacionado ao peso ainda não se mostra consolidada por serem poucos os estudos nessa área, a qual necessita ampliar o número de pesquisas com maior rigor metodológico. Conforme os autores, os resultados sugerem que a flexibilidade psicológica pode facilitar a redução do autoestigma do peso e indicam a utilidade de intervenções breves online, assim como intervenções presenciais prolongadas.

Os três artigos com intervenção de autocompaixão para o peso e autoestigma, vergonha corporal e viés de peso internalizado encontrados na presente revisão foram os de Forbes *et al.* (2020), Carter, Gilbert e Kirby (2021a) e Haley *et al.* (2022). Forbes *et al.* (2020) forneceram evidências da autocompaixão como estratégia promissora para lidar com os efeitos do autoestigma do peso. O estudo investigou uma intervenção baseada na TFC composta por um workshop com duas sessões em grupo, totalizando 15 mulheres (IMC  $\geq$  25) com autoestigma de peso.

Cada sessão, com duração de sete horas, teve como foco a autocompaixão aplicada à desestigmatização da obesidade. Os resultados indicaram

aumento significativo da autocompaixão e da satisfação com a vida, além de redução do sofrimento psicológico, solidão, autoestigma, vergonha e insatisfação corporal. Embora os achados sugiram que a TFC pode ser uma ferramenta eficaz para reduzir o impacto do estigma do peso, os autores ressaltam que a realização de workshops curtos pode demandar estratégias complementares para sustentação dos benefícios a longo prazo, especialmente no contexto clínico.

Por sua vez, Carter, Gilbert e Kirby (2021) avaliaram a eficácia da TFC na redução da vergonha corporal e do autoestigma do peso. O estudo contou com cinco indivíduos ( $IMC \geq 25$ ) que passaram por um programa de oito semanas, composto por sessões semanais em grupo e práticas guiadas de autocompaixão. Os resultados indicaram redução da vergonha corporal e do autoestigma do peso, além de melhora na aceitação corporal e no bem-estar emocional. Os participantes relataram maior disposição para adotar comportamentos saudáveis sem motivações baseadas em culpa ou autocrítica. Apesar dos achados positivos, os autores ressaltam que a pequena amostra limita a generalização dos resultados, apontando a necessidade de estudos futuros com maior número de participantes e acompanhamento prolongado.

Haley *et al.* (2022) avaliaram a eficácia de uma intervenção baseada na compaixão para o viés de peso internalizado (IWB), autocompaixão, vergonha da imagem corporal, alimentação emocional e intuitiva. O estudo contou com cinco participantes ( $IMC \geq 30$ ), que realizaram três sessões semanais em grupo (1h30min cada, exceto a última, com 75min).

Os resultados demonstraram grandes efeitos para alimentação intuitiva ( $d = 1,02$ ) e apreciação corporal ( $d = 0,80$ ), efeitos médios para alimentação descontrolada ( $d = 0,49$ ) e alimentação emocional ( $d = 0,46$ ), e um pequeno efeito para autocompaixão ( $d = 0,28$ ). Nenhuma melhora significativa foi observada para viés de peso internalizado ( $d = 0,06$ ) ou vergonha da imagem corporal ( $d = 0,09$ ). Os achados sugerem que a intervenção pode favorecer uma relação mais flexível com a alimentação e a imagem corporal, embora suas limitações na redução do autoestigma e da vergonha corporal apontem a necessidade de abordagens complementares.

Carter, Gilbert e Kirby (2021b), em revisão sistemática, destacam que intervenções baseadas na compaixão auxiliam na redução da vergonha

corporal e do autocrítico associado, além de promoverem aumento nos níveis de autocompaixão. Os autores enfatizam que, no contexto do peso corporal e da aparência, cultivar uma relação compassiva com o próprio corpo envolve aceitá-lo como ele é, enquanto se engaja em ações que favoreçam mudanças positivas. Essa integração entre aceitação e crescimento é apresentada como um aspecto central em intervenções baseadas na compaixão para abordar a vergonha do peso corporal.

O único estudo encontrado que integrou ACT, compaixão e *mindfulness* para o autoestigma do peso foi conduzido por Palmeira, Pinto-Gouveia e Cunha (2017). Nesse ensaio clínico randomizado, 73 mulheres com sobrepeso e obesidade participaram de uma intervenção em grupo com 12 sessões de 2h30min, focada na promoção da qualidade de vida e na redução do autoestigma e da alimentação emocional. A abordagem, baseada em ACT, *mindfulness* e autocompaixão, visou diminuir a evitação experiencial relacionada ao peso e à autocrítica. Os resultados indicaram aumentos significativos na qualidade de vida e na prática de exercícios físicos, além de reduções expressivas no autoestigma, comportamentos alimentares prejudiciais, IMC, autocrítica, esquiva experiencial e sintomas psicopatológicos.

De acordo com Palmeira, Pinto-Gouveia e Cunha (2017), a ACT e intervenções baseadas em *mindfulness* e compaixão compartilham aspectos comuns, por se concentrarem na promoção de uma relação mais consciente, gentil, de aceitação e sem julgamentos das experiências, incluindo a relação da pessoa consigo mesma. Luoma e Platt (2015), assim como Neff e Tirsch (2013), argumentam que as intervenções com ACT podem se beneficiar do direcionamento explícito para autocompaixão, uma vez que há evidências que indicam melhora na capacidade de seguir práticas relacionadas a comportamentos saudáveis e diminuição do estigma de peso, vergonha e autocrítica.

Os estudos revisados indicam que intervenções estruturadas e com suporte terapêutico favorecem a adesão e a personalização do tratamento, enquanto abordagens de autoajuda guiada, embora promissoras, são mais adequadas quando acompanhadas de suporte profissional. Ressalta-se a importância de um olhar clínico atento às necessidades individuais dos pacientes, com intervenções que integrem estratégias baseadas em evidências com acolhimento das dificuldades emocionais.

Destaca-se que intervenções com suporte clínico contínuo demonstram maior potencial de sustentabilidade dos ganhos terapêuticos a longo prazo, enquanto abordagens híbridas, que combinam autoajuda guiada com suporte profissional, emergem como promissoras para ampliar o alcance das práticas baseadas em evidências. Conclui-se que a psicologia clínica se beneficia de intervenções que equilibram evidências empíricas com adaptações personalizadas, promovendo tanto a redução do autoestigma quanto o fortalecimento do bem-estar psicológico a longo prazo.

#### 4. Considerações finais

Puhl, Himmelstein e Pearl (2020) evidenciam o estigma do peso como um problema de saúde pública e um potencial contribuinte para a obesidade. Os resultados de estudos empíricos têm indicado que o estigma do peso não apenas prejudica a saúde relacionada ao peso, mas pode contribuir para a obesidade e o ganho de peso. Por isso, abordar o estigma do peso como parte dos programas de controle de peso pode ajudar a melhorar os resultados do tratamento (Puhl; Heuer, 2009; Hilbert *et al.*, 2015; Puhl; Himmelstein; Pearl 2020).

Intervenções baseadas em aceitação, *mindfulness* e compaixão têm se mostrado promissoras no desenvolvimento da compaixão e aliadas na redução do estigma (Hilbert *et al.*, 2015). No entanto, até o momento, poucos estudos empíricos foram desenvolvidos para investigar o autoestigma do peso e o papel da compaixão nesse processo e se o foco mais explícito na autocompaixão poderia ser associado à redução do autoestigma, o que torna indicado o investimento em linhas de investigação nessa direção.

#### Referências

BERMAN, M. I. *et al.* Accept Yourself! A Pilot Randomized Controlled Trial of a Self-Acceptance-Based Treatment for Large-Bodied Women with Depression. **Behavior Therapy**, v. 53, n. 5, p. 913-926, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.03.002>. Acesso em: 24 out. 2022.

CARTER, A.; GILBERT, P.; KIRBY, J. Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, v. 28, n. 1, p. 93-108, 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cpp.2488>. Acesso em: 15 out. 2022.

CARTER, A.; GILBERT, P.; KIRBY, J. N. A systematic review of compassion-based interventions for individuals struggling with body weight shame. **Psychology & health**, v. 38, n. 1, p. 94-124, 2021b. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1955118>. Acesso em: 15 out. 2022.

DAHL, J. *et al.* **The Art and Science of Valuing in Psychotherapy: Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Thera.** New Harbinger Publications, 2009.

FORBES, Y. N. *et al.* Unburdening the weight of stigma: Findings from a compassion-focused group program for women with overweight and obesity. **Journal of cognitive psychotherapy**, v. 34, n. 4, p. 336-357, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-20-00015>. Acesso em: 10 jan. 2021.

GILBERT, P. Setting the scene: Psychotherapy at a crossroads and a compassionate way forward. **Compassion Focused Therapy**, Routledge, p. 3-23, 2022.

GRIFFITHS, C. *et al.* A systematic review of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. **Journal of contemporary psychotherapy**, v. 48, n. 4, p. 189-204, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9384-0>. Acesso em: 5 mar. 2022.

GOFFMAN, E. **Stigma: Notes on the management of spoiled identity.** Prentice Hall, 1984.

HALEY, E. N. *et al.* A brief pilot self-compassion intervention for women with overweight/obesity and internalized weight bias: Feasibility, acceptability, and future directions. **Journal of contextual behavioral science**, v. 23, p. 59-63, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.12.001>. Acesso em: 3 fev. 2023.

HAYES, S. C. **The roots of compassion**. Chicago: Keynote address presented at the fourth acceptance and commitment therapy Summer Institute. 2008. Disponível em: [https://contextualscience.org/roots\\_of\\_compassion\\_steve\\_hayes\\_plenary](https://contextualscience.org/roots_of_compassion_steve_hayes_plenary). Acesso em: 3 out. 2021.

HAYES, S. C.; BARNES-HOLMES, D.; ROCHE, B. (ed.). **Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition**. Springer Science & Business Media, 2001.

HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. **Terapia de Aceitação e Compromisso: O Processo e a Prática da Mudança Consciente**. Art-med Editora, 2021.

HILBERT, A. *et al.* Self-compassion as a resource in the self-stigma process of overweight and obese individuals. **Obesity facts**, v. 8, n. 5, p. 293-301, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000438681>. Acesso em: 3 out. 2021.

LEVIN, M. E. *et al.* Delivering acceptance and commitment therapy for weight self-stigma through guided self-help: Results from an open pilot trial. **Cognitive and behavioral practice**, v. 25, n. 1, p. 87-104, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.02.002>. Acesso em: 11 nov. 2021.

LILLIS, J. *et al.* Measuring weight self-stigma: The weight self-stigma questionnaire. **Obesity (Silver Spring, Md.)**, v. 18, n. 5, p. 971-976, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/oby.2009.353>. Acesso em: 26 fev. 2019.

LILLIS, J.; HAYES, S. C.; LEVIN, M. E. Binge eating and weight control: The role of experiential avoidance. **Behavior modification**, v. 35, n. 3, p. 252-264, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F0145445510397178>. Acesso em: 16 mar. 2019.

LILLIS, J.; DAHL, J.; WEINELAND, S. **The diet trap**: Feed your psychological needs and end the weight loss struggle using acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications, 2014.

LILLIS, J. *et al.* Self-stigma and weight loss: The impact of fear of being stigmatized. **Journal of health psychology**, v. 25, n. 7, p. 922-930, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F1359105317739101>. Acesso em: 06 jan. 2021.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. **Annual review of sociology**, v. 27, n. 1, p. 363-385, 2001. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2678626>. Acesso em: 19 abr. 2023.

LUOMA, J. B. *et al.* Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 80, n. 1, p. 43-53, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0026070>. Acesso em: 25 jul. 2021.

LUOMA, J. B.; PLATT, M. G. Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. **Current opinion in psychology**, v. 2, p. 97-101, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016>. Acesso em: 12 out. 2021.

MITTAL, D. *et al.* Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. **Psychiatric services (Washington, D.C.)**, v. 63, n. 10, p. 974-981, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100459>. Acesso em: 26 nov. 2021.

NEFF, K. D. The development and validation of a scale to measure self-compassion. **Self and identity**: the journal of the International Society for Self and Identity, v. 2, n. 3, p. 223-250, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15298860309027>. Acesso em: 12 set. 2021.

NEFF, K.; TIRCH, D. **Self-compassion and ACT**. Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being. New Harbinger Publications, 2013.

NEFF, K.; GERMER, C. **Manual de mindfulness e autocompaixão**: um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo. Artmed Editora, 2019.

PALMEIRA, L.; PINTO-GOUVEIA, J.; CUNHA, M. Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. **Appetite**, v. 112, p. 107-116, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.027>. Acesso em: 25 set. 2021.

PEARL, R. L. *et al.* Weight bias internalization and long-term weight loss in patients with obesity. **Annals of behavioral medicine**: a publication of the Society of Behavioral Medicine, v. 53, n. 8, p. 782-787, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/abm/kay084>. Acesso em: 12 dez. 2021.

PERRI, M. G. The maintenance of treatment effects in the long-term management of obesity. **Clinical psychology**: a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association, v. 5, n. 4, p. 526-543, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00172.x>. Acesso em: 22 nov. 2021.

POTTS, S.; KRAFFT, J.; LEVIN, M. E. A pilot randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy guided self-help for overweight and obese adults high in weight self-stigma. **Behavior modification**,

v. 46, n. 1, p. 178-201, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0145445520975112>. Acesso em: 22 nov. 2022.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. The stigma of obesity: A review and update. **Obesity (Silver Spring, Md.)**, v. 17, n. 5, p. 941-964, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>. Acesso em: 16 out. 2021.

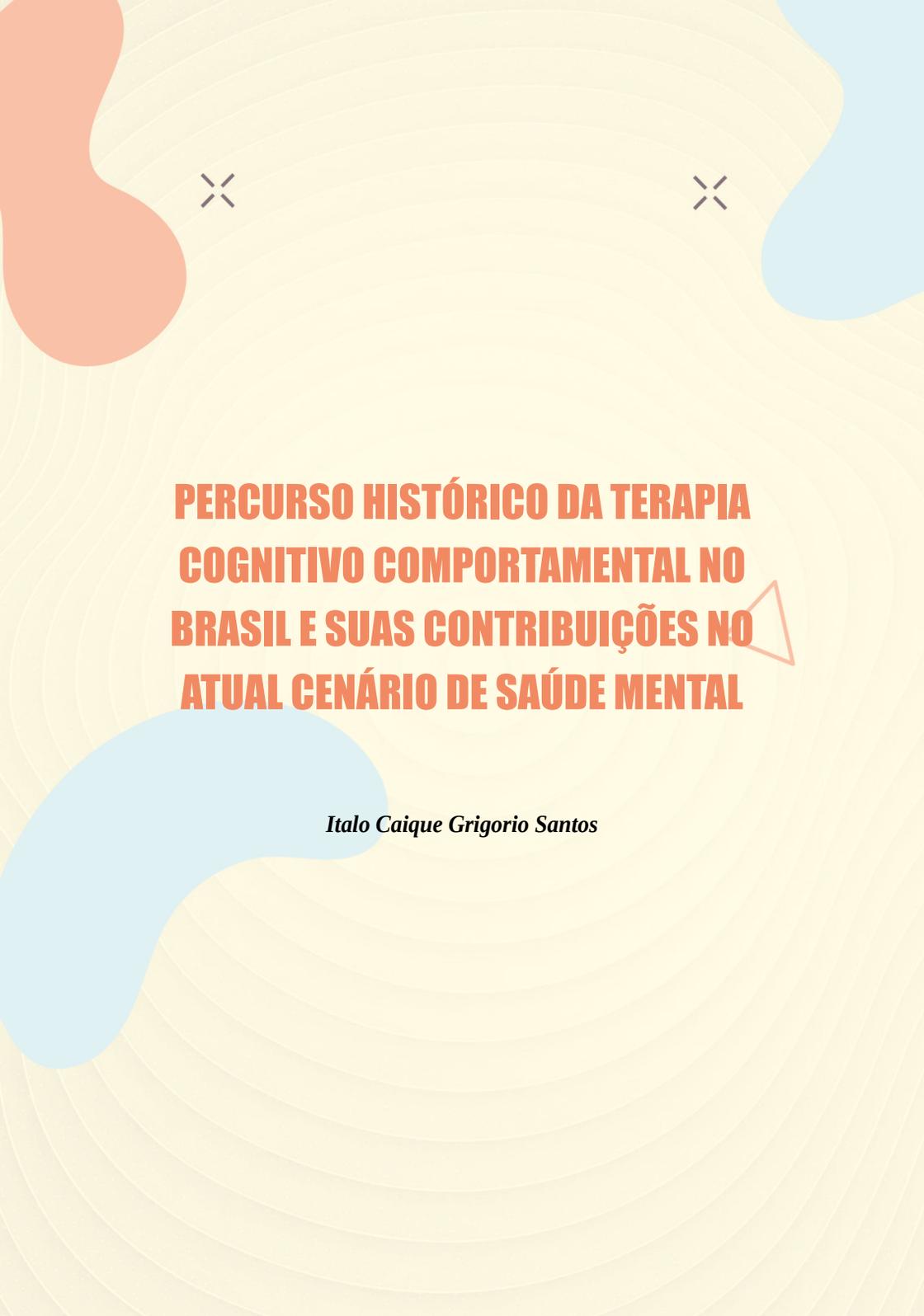
PUHL, R. M.; HIMMELSTEIN, M. S.; PEARL, R. L. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. **The American psychologist**, v. 75, n. 2, p. 274-289, 2020. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/amp0000538>. Acesso em: 18 out. 2021.

SKINTA, M. D. *et al.* Acceptance and compassion-based group therapy to reduce HIV stigma. **Cognitive and behavioral practice**, v. 22, n. 4, p. 481-490, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.006>. Acesso em: 7 out. 2021.

TIRCH, D.; SCHOENDORFF, B.; SILBERSTEIN, L. R. **The ACT practitioner's guide to the science of compassion**: Tools for fostering psychological flexibility. New Harbinger Publications, 2014.

WONG, C. C. Y. *et al.* Hacking stigma by loving yourself: A mediated-moderation model of self-compassion and stigma. **Mindfulness**, v. 10, n. 3, p. 415-433, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0984-2>. Acesso em: 23 out. 2021.

YADAVAIA, J. E.; HAYES, S. C.; VILARDAGA, R. Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. **Journal of contextual behavioral science**, v. 3, n. 4, p. 248-257, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.09.002>. Acesso em: 12 out. 2021.

The background features a series of concentric, light-colored circles centered on the page. Overlaid on these are abstract, organic shapes in shades of orange and light blue. Two small 'x' marks are positioned in the upper half of the page, and a small orange triangle points towards the right side of the title.

# **PERCURSO HISTÓRICO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO BRASIL E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO ATUAL CENÁRIO DE SAÚDE MENTAL**

*Italo Caique Grigorio Santos*

**Resumo:** Apresentamos aqui uma revisão bibliográfica publicada em língua portuguesa referente ao surgimento da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), sua vinda e desenvolvimento no Brasil, assim como os desafios encontrados para o seu crescimento atualmente. Este trabalho revisou artigos publicados nos últimos dez anos (2013-2023), assim como obras de autores clássicos sobre o assunto, sem discriminação de data. Pesquisou-se a literatura indexada em bases de dados bibliográficos utilizando-se os seguintes descritores: Terapia Cognitivo Comportamental, Surgimento da Terapia Cognitivo Comportamental, História da Terapia Cognitivo Comportamental no Brasil. Realizou-se uma breve introdução sobre o tema proposto, evidenciando o contexto de insatisfação com as limitações dos modelos psicodinâmicos ou que focavam apenas nos aspectos comportamentais que levaram ao surgimento dessa nova abordagem, sendo analisados em seguida os estudos empíricos sobre o seu desenvolvimento e sua chegada ao Brasil. Conclui-se que o principal problema a ser resolvido está ligado ao ensino da TCC nos cursos de graduação, que ainda acontecem com menor frequência do que outras abordagens.

**Palavras-chave:** Terapia Cognitivo Comportamental. Desenvolvimento da TCC no Brasil. História da TCC.

**Abstract:** Here, we present a literature review published in Portuguese regarding the emergence of Cognitive Behavioral Therapy (CBT), its arrival and development in Brazil, as well as the challenges encountered for its current growth. This work reviewed articles published in the last ten years (2013-2023), as well as classic works on the subject, without discrimination of date. Literature indexed in bibliographic databases was researched using the following descriptors: Cognitive Behavioral Therapy, Emergence of Cognitive Behavioral Therapy, History of Cognitive Behavioral Therapy in Brazil. A brief introduction on the proposed topic was provided, highlighting the context of dissatisfaction with psychodynamic models or those focusing solely on behavioral aspects that led to the emergence of this new approach, followed by an analysis of empirical studies on its development and arrival in Brazil. It is concluded that the main problem to be addressed is related to the teaching of CBT in undergraduate courses, which still occurs less frequently than other approaches.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy. Development of CBT in Brazil. History of CBT.

## 1. Introdução

Para enxergarmos de forma efetiva as demandas históricas, biológicas e culturais que perpassam a Psicologia e a Sociedade, faz-se necessário entender como diferentes abordagens podem contribuir para nossa

formação enquanto profissionais e como nossa prática pode atingir de forma positiva e responsável a vida de diferentes pessoas com diferentes tipos de demandas. Em consonância com o que propõe o Conselho Federal de Psicologia, a Associação de Psicologia Americana (APA), pautada em um modelo de atuação ética, indica a utilização de práticas e protocolos com validação e comprovação empírica de sua eficácia e efetividade.

Nessa direção encontraremos revisões de metanálises que confirmam a eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) para uma grande variedade de condições médicas e transtornos psicológicos, ao mesmo tempo que outros estudos confirmam que sua presença nas instituições de ensino não segue o mesmo passo. Portanto, cabe aqui fazermos uma análise histórica sobre o desenvolvimento dessa abordagem, assim como sua chegada ao Brasil, para que possamos compreender melhor seu papel para a atuação clínica dos psicólogos brasileiros e seu impacto na sociedade.

Cabe destacar que a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) que conhecemos hoje, e é ensinada na maioria das escolas de graduação em vários países, surgiu como movimento de insatisfação aos modelos Psicodinâmicos ou que focavam exclusivamente nos aspectos Comportamentais e tem sido amplamente testada até os dias atuais por vários pesquisadores. Ela obteve sucesso na adaptação do seu modelo inicial para diferentes tipos de populações, com diferentes níveis de educação, renda, culturas, idades, transtornos e problemas. Neufeld *et al.* (2012, p. 120) afirmam que podemos definir as Terapias Cognitivo Comportamentais como: “Um conjunto de práticas que apresentam aspectos teóricos e metodológicos comuns, que vêm ganhando visibilidade e reconhecimento por seus resultados positivos no tratamento dos mais diversos transtornos mentais”.

Embora o Brasil tenha acompanhado o movimento mundial de desenvolvimento da TCC em alguns aspectos, foi na década de 1990 que observamos o seu crescimento e seu reconhecimento dentro e fora da psicologia no país. Atualmente podemos constatar a sua eficácia e crescente expansão por meio da publicação de vários livros e artigos científicos produzidos por autores brasileiros nos últimos dez anos, como evidenciado neste trabalho.

Entretanto, ainda são encontrados obstáculos para a concretização desse crescimento, tais como o ensino de outras abordagens com maior frequência em relação a TCC na maioria das universidades latinas. Neufeld *et al.* (2018) confirmam que se avaliarmos o contexto específico das graduações em Psicologia nas universidades latino-americanas, encontraremos restrições e direcionamentos para modelos mais tradicionais da Psicologia, não favorecendo o desenvolvimento de um olhar crítico em relação às intervenções realizadas, se mostrando tecnicista, sem avaliar o resultado de suas ações.

Sendo assim, faz-se necessário ampliar o ensino desse modelo de forma mais aprofundada nos cursos de graduação em Psicologia, fortalecendo o compromisso de oferecer tratamentos efetivos, com validação empírica e que atenda às reais necessidades de saúde da população.

Neste trabalho, então, fizemos uma revisão bibliográfica da literatura disponível sobre o surgimento da TCC, sua chegada ao Brasil e os obstáculos que enfrentamos atualmente para a concretização do seu crescimento no país. Foram realizadas consultas da literatura indexada em bases de dados bibliográficos, sendo excluídos os trabalhos com mais de dez anos ou que não foram realizados por autores clássicos sobre o assunto. Teve-se como objetivo contextualizar como se deu o surgimento da TCC, assim como foram a sua chegada e o seu desenvolvimento no Brasil, evidenciando as dificuldades atuais para a sua expansão.

Este trabalho se justifica pela necessidade de ampliar o conhecimento acerca do assunto como forma de combater mitos e distorções sobre a TCC, para que mais pessoas tenham acesso a informações sobre um modelo de tratamento eficiente e que as instituições de ensino compreendam a necessidade de não manter o foco em abordagens específicas, não estimulando um olhar amplo e um raciocínio crítico com relação às diversas possibilidades de atuação clínica de seus alunos.

## 2. Metodologia

Como metodologia para a confecção deste trabalho, foi realizada uma revisão da bibliografia publicada em língua portuguesa ligada ao surgimento

da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), sua vinda e desenvolvimento no Brasil, assim como os desafios encontrados para o seu crescimento atualmente. Foram revisados artigos científicos publicados nos últimos dez anos (2013-2023), assim como obras de autores clássicos sobre o assunto, sem discriminação de data. Foi pesquisada a literatura indexada em bases de dados bibliográficos utilizando-se os seguintes descritores: Terapia Cognitivo Comportamental, Surgimento da Terapia Cognitivo Comportamental, e História da Terapia Cognitivo Comportamental no Brasil.

### 3. Resultados

A história da TCC remonta à década de 1960, quando o então psicanalista Aaron T. Beck questionou os modelos psicanalíticos e comportamentais existentes, buscando uma abordagem mais fundamentada em evidências empíricas. Beck foi influenciado pela teoria do processamento da informação e pelas ideias sobre a importância dos processos cognitivos na mediação do comportamento, o que o levou a desenvolver a TCC. As contribuições teóricas para a TCC foram diversas, incluindo conceitos de filósofos estoicos, teoria do apego, de John Bowlby, teoria do constructo pessoal, de George Kelly, entre outros. Esta se consolidou como uma abordagem eficaz no tratamento de uma variedade de transtornos psicológicos e médicos, com evidências de sua eficácia em diversas metanálises.

No Brasil, a TCC teve um desenvolvimento inicial lento, influenciado por fatores históricos e culturais, mas ganhou impulso na década de 1980, com a vinda de profissionais estrangeiros e a fundação de instituições e sociedades voltadas para esta abordagem. Em meados da mesma década, a integração entre os modelos cognitivos e comportamentais começou a ocorrer, principalmente, em São Paulo e Rio de Janeiro. O acesso limitado à literatura internacional e a estagnação do progresso científico durante o regime militar no Brasil contribuíram para o atraso na consolidação da TCC no país. No entanto, esta se expandiu para outras regiões do Brasil ao longo dos anos, com a fundação de centros de ensino e a realização de cursos e congressos sobre a abordagem.

Apesar dos avanços, a TCC ainda enfrenta obstáculos para seu crescimento no Brasil, incluindo a predominância do ensino da psicanálise nas universidades e a falta de formação especializada em TCC para os profissionais de saúde mental. Mapeamentos recentes mostram que a TCC não é priorizada na formação dos cursos de Psicologia no país, o que pode contribuir para a perpetuação de mitos e crenças erradas sobre a abordagem.

A necessidade de uma abordagem baseada em evidências na prática clínica é reconhecida, mas ainda há disparidades na sua implementação, com poucas instituições oferecendo formação especializada em TCC em suas grades curriculares. O desenvolvimento de cursos de pós-graduação e a crescente publicação de livros e artigos científicos por autores brasileiros indicam um aumento no interesse e na aplicação da TCC, mas ainda há um longo caminho a percorrer para sua plena integração na prática clínica e acadêmica brasileira.

#### 4. Discussão

A história da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), segundo Beck (2014), é resultado de uma revolução que aconteceu no campo da saúde mental no início da década de 60 com o então psicanalista Aaron T. Beck. Ele acreditava que, para que esta abordagem fosse aceita pela comunidade médica, deveria ter teorias com demonstração de validação empírica. Desse modo, Beck se dedicou a buscar essa validação no final dos anos de 1960 e início dos anos 1970. Assim, Rangé *et al.* (2007) também explicam que, além da rejeição e questionamentos aos modelos psicodinâmicos, outro fator relevante ligado ao desenvolvimento da TCC foi a insatisfação com os modelos focados apenas em aspectos comportamentais (estímulo – resposta), que não reconheciam a importância dos processos cognitivos na mediação do comportamento. E lembra que, já na década de 50, diversos eventos científicos ocorreram com foco na teoria do processamento da informação, de modo que esta foi passando a ser mais utilizada na compreensão de fenômenos clínicos, como na mediação da ansiedade.

Beck (2014) esclarece que inicialmente o Dr. Beck decidiu testar o conceito psicanalítico de que a depressão é resultado da hostilidade voltada contra si mesmo. No entanto, o resultado desse e de outros estudos o levaram a acreditar que a ideia psicanalítica de que os pacientes deprimidos têm necessidade de sofrer poderia estar incorreta. E se esses conceitos não fossem válidos, como a depressão poderia ser entendida?

Desse modo, Knapp e Beck (2008) explicam que, ao questionar o modelo de motivações inconscientes da psicanálise, que ignoravam os fatores cognitivos, Aaron Beck estabeleceu as bases para a teoria e terapias cognitivo comportamentais, diferenciando as duas abordagens, trazendo o foco do tratamento para o presente e na análise de experiências psicológicas acessíveis, e não inconscientes.

No entanto, é preciso considerar que algumas experiências da psicanálise contribuíram para a formulação de alguns conceitos da Terapia Cognitiva Comportamental, tais como a formulação freudiana de estruturação hierárquica da cognição em processo primário (com base nas fantasias e desejos) e o processo secundário (acessível à consciência e baseado nos princípios da realidade objetiva), assim como o conceito de que os sintomas têm base em ideias patológicas. A estruturação cognitiva da TCC foi desenvolvida, ainda, sob contribuições de outras escolas, como a abordagem fenomenológica humanista, princípios filosóficos como os de Kant, Heidegger e Husserl, adotando a ênfase na experiência subjetiva consciente. Knapp e Beck (2008, p. 57) explicam ainda que:

Derivado dos filósofos estoicos gregos surgiu o conceito de que os seres humanos são perturbados pelos significados que atribuem aos fatos, e não pelos fatos *per se*. Carl Rogers, com sua terapia centrada no cliente, inspirou o estilo terapêutico de questionamento gentil e aceitação incondicional do paciente. A teoria do apego de John Bowlby, foi uma fonte altamente valiosa para o desenvolvimento da conceitualização cognitiva. As influências das ciências cognitivas e da psicologia cognitiva também foram responsáveis pelas bases da TC. Os trabalhos de George Kelly, um psicólogo cognitivo, tiveram importante impacto, principalmente sua teoria do constructo pessoal que, junto com a ideia de esquemas de Piaget, evoluiu para

a definição semelhante de Beck de esquemas. A teoria cognitiva de emoções de Richard Lazarus, a abordagem de solução de problemas de Goldfried & D’Zurilla, os modelos de auto-regulação de Albert Bandura e Donald Meichenbaum, além de escritores com foco na cognição, como Arnold Lazarus, também influenciaram a teoria e prática cognitiva. A ênfase da TC em uma abordagem de solução de problemas conscientes também foi adotada pela terapia racional emotiva comportamental.

Esse conjunto de fundamentos teóricos e terapêuticos foram ampliados sistematicamente por Beck para uma variedade de transtornos, tais como: transtorno de ansiedade e fobias, síndrome do pânico, abuso de substâncias, entre outros. Novos trabalhos utilizando a TCC também mostraram efeito adicional para tratamento de doenças psiquiátricas graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar, assim como vem sendo testado para uma gama cada vez maior de transtornos médicos e psicológicos.

Para fins de compreensão, trouxemos a definição de Knapp e Beck (2008, p 55), de que podemos classificar as TCCs em três divisões:

Terapias de habilidades de enfrentamento, que enfatizam o desenvolvimento de um repertório de habilidades que objetivam fornecer ao paciente instrumentos para lidar com uma série de situações problemáticas; 2) terapia de solução de problemas, que enfatiza o desenvolvimento de estratégias gerais para lidar com uma ampla variedade de dificuldades pessoais; e 3) terapias de reestruturação, que enfatizam a pressuposição de que problemas emocionais são uma consequência de pensamentos mal adaptativos, sendo a meta do tratamento reformular pensamentos distorcidos e promover pensamentos adaptativos.

Nesse contexto, Knapp e Beck (2008, p. 55) explicam ainda que, antes do desenvolvimento das estratégias terapêuticas, Beck formulou uma base teórica consistente, definindo as seguintes diretrizes para desenvolver e avaliar o sistema novo de psicopatologia e psicoterapia, sendo elas: “1) construir uma teoria abrangente de psicopatologia que dialogasse bem com

a abordagem psicoterápica; 2) pesquisar as bases empíricas para a teoria; e 3) conduzir estudos empíricos para testar a eficácia da terapia”.

No entanto, recentemente, emergiram e evoluíram várias outras abordagens cognitivo comportamentais, tais como a terapia do esquema de Jeffrey Young e a Terapia Comportamental Dialética desenvolvida por Marsha Linehan, sendo essas boas abordagens para tratar patologias mais graves, como Transtorno de Personalidade Borderline.

Contudo, mesmo havendo essa evolução para várias abordagens cognitivo comportamentais, é importante retomar o conceito de Beck (2014) explicando que, embora a terapia deva se adequar a cada indivíduo, existem princípios que devem se aplicar a todos. São eles: a TCC está baseada em uma formulação contínua do desenvolvimento dos problemas do paciente e em uma conceituação cognitiva individual para cada um deles; necessita de aliança terapêutica sólida; foca na colaboração e participação ativa do paciente; é orientada para os objetivos e focada nos problemas; enfatiza o presente; é educativa, tendo como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta; busca ser limitada no tempo; possui sessões estruturadas; ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder seus pensamentos disfuncionais; utilizando de diversas técnicas para modificar o pensamento, o humor e comportamento.

Compreendendo em que contexto se deu o surgimento da TCC e os conceitos básicos que guiam essa abordagem, partiremos para o contexto no qual ela chegou ao Brasil. Guilhardi (2012) afirma que, por fatores históricos e culturais, as terapias comportamentais tiveram caminhos diferentes nos EUA e no Brasil durante o seu desenvolvimento inicial. Mesmo tendo algumas ligações e influências, o autor explica que: “O aparecimento e a evolução das terapias comportamentais no Brasil tiveram características peculiares e únicas que justificam a apresentação de um desenvolvimento histórico próprio, que não repete o processo norte americano” (Guilhardi, 2012, p. 1).

Em contrapartida, Neufeld *et al.* (2012) explicam que o processo de desenvolvimento no Brasil acompanhou as tendências mundiais ao ter como marco inicial, na década de 1960, a vinda do professor Michael

Mhoney ao país, situação na qual um grupo de pesquisadores de Análise Experimental e Aplicada do Comportamento o convidou para ministrar um curso sobre modificação cognitiva do comportamento em 1973.

Apesar disso, foi apenas no final dos anos de 1980 que as TCCs vieram de fato para o país, por meio de professores universitários e terapeutas comportamentais que conheceram a abordagem por meio da participação em congressos internacionais e literatura na língua inglesa. Iniciaram-se em seguida encontros para discutir a abordagem e a incorporação na prática clínica.

Seguindo essa lógica, Rangé *et al.* (2007) afirmam que as origens das terapias cognitivas no Brasil estão de fato ligadas ao enfoque comportamental e que foi com Raquel Rodrigues Kerbauy e Luiz Otavio Seixas Queiroz que houve o primeiro movimento de integração entre os modelos cognitivo e comportamentais em São Paulo, quando estes começaram a dar ênfase, em seus cursos, aos aspectos privados e cognitivos como variáveis mediadoras do comportamento, entre o final da década de 1980 e início da década de 1990.

Neufeld *et al.* (2018) asseveram que podemos atribuir a consolidação da TCC no Brasil, apenas 30 anos depois de seu surgimento, ao fato de que os recursos de informática eram limitados nesse período, o que obviamente dificultava o acesso à literatura científica internacional, associado ao estabelecimento do regime militar que levou à estagnação do progresso científico e universitário.

Para fins de uma melhor compreensão desse desenvolvimento histórico faz-se aqui necessário contextualizar como e quando o processo de desenvolvimento da TCC se dá. Em Campinas, Rangé *et al.* (2007) afirmam que a abordagem cognitivo comportamental começou a ser difundida em meados de 1985, quando foi fundado por Marilda Emmanuel Lipp o Centro Psicológico de Controle do Stress. Já em São Paulo, em 1996 foi fundada a Associação Brasileira de Terapias Cognitivas Construtivistas (ABTCC), favorecendo o início do movimento construtivista em Psicoterapia no Brasil, se fundindo posteriormente com a Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (SBTC). A partir da publicação em português do livro

Terapia Cognitiva da Depressão, foi que o interesse pelo enfoque cognitivo teve início no Rio de Janeiro.

Nessa perspectiva, Rangé *et al.* (2007, p. 7) esclarecem que:

Nesta época, a terapia comportamental, iniciada nos anos 1960 por Geraldo da Costa Lanna (Universidade Gama Filho) e Otávio Soares Leite (Universidade Federal do Rio de Janeiro e Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro) já havia formado alguns adeptos, dentre os quais, o mais conhecido era Bernard Pimentel Rangé, que lecionava na PUC-Rio. Com a chegada do austríaco Harald Lettner ao Rio, em 1981, que foi contratado como professor da PUC-Rio por Bernard Rangé, então Diretor do Departamento de Psicologia, o movimento da terapia comportamental no Brasil recebeu mais um impulso (Rangé & Guilhardi, 1995).

Ao entrar na PUC, Lettner aumentou as possibilidades de formação dos primeiros mestres em psicologia clínica comportamental na região na década de 1980, assim como possibilitou a formação de vários profissionais com a fundação do Instituto de Psicoterapia Comportamental (IPC), em conjunto com Carlos Eduardo Goulart Brito. No entanto, foi em 2003 que a popularidade das Terapias Cognitivas cresceu no Rio de Janeiro de forma mais acelerada, junto com o aumento da produção dos profissionais na área.

Na região Sul, Rangé *et al.* (2007) explicam que o movimento Cognitivo Comportamental teve início em Porto Alegre por volta dos anos 90, no entanto, diferentemente das outras regiões (São Paulo e Rio de Janeiro), o foco no modelo unicamente comportamental não estava estabelecido. Um dos principais marcos foi a fundação de um programa de ambulatório no Hospital das Clínicas de Porto Alegre em 1994 por Aristides Volpato Cordioli, tendo como objetivo tratar pacientes com transtorno de ansiedade com foco no modelo Cognitivo Comportamental.

Na região Nordeste do Brasil, a difusão da abordagem Cognitivo Comportamental teve início em João Pessoa com Marcos Rogério de Souza Costa, que presidiu a Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (SBTC) entre 2002 e 2003. Ele teve os primeiros contatos com Bernard Rangé, Harald Lettner e Geraldo Lanna em 1987, e em seguida com Cristiano

Nabuco, implantando em 1989 a supervisão em Psicologia Cognitivo Comportamental no Centro Universitário de João Pessoa, a qual foi a primeira Universidade do Nordeste a oferecer estágio nesta abordagem. Em algumas cidades do Nordeste, alguns núcleos de terapias cognitivas continuam surgindo por iniciativa de profissionais que trabalham na divulgação da abordagem.

Nesse cenário, a expansão das Terapias Cognitivas no Brasil tem se confirmado com a crescente publicação de livros e artigos científicos por autores brasileiros nos últimos dez anos, de acordo com Rangé *et al.* (2007). Ou seja, é consenso que a Terapia Cognitivo Comportamental obteve resultados significativos no tratamento de diferentes transtornos, alcançando o status de paradigma dominante na atuação clínica. Contudo, Neufeld *et al.* (2018) alertam que ainda encontramos alguns obstáculos para a concretização do seu crescimento, tal como a predominância do ensino de outras abordagens nas universidades latino-americanas.

Um mapeamento realizado por Neufeld e Carvalho (2017) identificou que a Psicanálise, a Abordagem Humanista, Sistêmica e a exclusivamente comportamental são ensinadas com maior frequência do que a TCC na maioria das universidades latinas, com exceção de países como Colômbia, Panamá e Chile, que possuem a mesma equivalência entre as abordagens.

Buscando mapear o ensino de TCC em São Paulo e Paraná, Neufeld, Xavier e Stockmann realizaram em 2009 outro mapeamento, evidenciando que, entre os cursos analisados no primeiro estado, 74% ministravam pelo menos uma disciplina de Terapia Cognitiva/Terapia Cognitivo Comportamental, 15% disponibilizavam conteúdos relacionados à TCC e 11% não ofereciam nenhum conteúdo. Enquanto no Paraná, 45% das instituições mapeadas ofereciam ao menos uma disciplina de TC/TCC, 44% não tinham a TCC entre suas abordagens teóricas e 11% ministravam conteúdos de TC/TCC dentro de outras disciplinas.

Dos 39 cursos de graduação em Psicologia presentes no Centro-Oeste, 66,7% possuem em sua grade disciplinas ligadas à TCC e, desta parcela, 60% ministram a Terapia Cognitivo Comportamental em mais do que

uma disciplina. Como não compõe o objetivo deste trabalho avaliar e/ou mapear as características do ensino de TCC nas diferentes regiões do país, não descreveremos detalhadamente todos os resultados, já que eles podem ser encontrados no trabalho mencionado.

O que consideramos de suma importância aqui é destacar o que Neufeld *et al.* (2018) alertam, haja vista que, se o conteúdo da TCC for ministrado em apenas uma disciplina, por exemplo, não conseguirá abranger todas as possibilidades para sua utilização na prática clínica. Isso porque, na maior parte dos casos, são ministrados apenas os modelos básicos e suas técnicas, que, se forem empregados de forma superficial, acabam por contribuir com a perpetuação de mitos e crenças erradas relacionadas à TCC.

Considerando a quantidade de transtornos aos quais a TCC pode ser aplicada, a prática clínica acaba exigindo conhecimentos aprofundados, que não são possíveis de serem obtidos com as poucas horas aulas que lhes são dedicadas. Essa realidade acarreta um aumento na quantidade de cursos de formação e especialização em TCC no país, estimulando, em contrapartida, o aprendizado autodidata que pode acabar levando para erros na prática clínica e distorções do modelo.

Neufeld *et al.* (2018 p. 95) esclarecem que:

É possível afirmar que a TCC se mostra em crescimento, porém ainda com disparidade entre os estados/regiões. A premissa de que os cursos de Psicologia devem ser capazes de disponibilizar uma formação generalista, em que não haja a priorização ou o direcionamento para determinadas abordagens teóricas, ainda não é uma realidade no Brasil, sendo evidenciada uma formação em Psicologia ainda bastante tradicional.

Na contramão dessa realidade, os autores destacam as diretrizes propostas pela Associação de Psicologia Americana (APA), focada num modelo de Psicologia Baseada em Evidência (PBE), que propõe a utilização de práticas e protocolos com validação e comprovação empírica de sua eficácia e efetividade. Essas Práticas Baseadas em Evidências, segundo Neufeld *et al.* (2018, p. 88):

Pressupõe a integração de pesquisas científicas disponíveis sobre determinado problema junto à experiência clínica do profissional, considerando as características do paciente (como a cultura na qual está inserido e suas preferências), a segurança e a ética nas intervenções realizadas.

Uma revisão de metanálises realizada por Butler e Beck *et al.* (*apud* Knapp; Beck, 2008) de resultados, confirmou a eficácia dos tratamentos da TCC para vários transtornos psiquiátricos e condições médicas. Os dados identificados revelaram que grandes efeitos foram encontrados para depressão unipolar em adultos e adolescentes, transtorno de ansiedade generalizado (TAS), síndrome do pânico com ou sem agorafobia, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno de depressão e ansiedade em crianças.

Verificou-se ainda que a TCC está associada com grandes melhoras em sintomas de bulimia nervosa, sendo ainda superior aos antidepressivos no tratamento de depressão unipolar em adultos. A eficácia da TCC é relativamente baixa para agressores sexuais, no entanto, quando combinada com tratamentos hormonais, é o tratamento com maior efetividade para a redução da recorrência nesse grupo.

Ainda, resultados promissores também foram encontrados na TCC como adjuvante da farmacoterapia para o tratamento da esquizofrenia. Ou seja, o estudo aqui citado evidenciou a eficácia da TCC para uma grande variedade de condições médicas e transtornos psicológicos, reforçando que a comprovação da eficácia da TCC e o aumento da sua presença nas instituições de ensino não seguem o mesmo passo. Além de que:

Em anos recentes, pesquisas encontraram correlatos neuropsicológicos de pensamentos e crenças disfuncionais na depressão. Estudos de neuroimagem demonstraram os efeitos da TC em alterações cerebrais funcionais e fisiológicas associados com TC para depressão (Knapp; Beck 2008, p. 63).

Neufeld *et al.* (2018) confirmam então que a TCC não é a abordagem mais difundida no Brasil, embora esteja se desenvolvendo e obtendo

cada vez mais espaço. Atualmente, grande parte das instituições que ministram a TCC se localizam no Sul, Sudeste e Nordeste, e nos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, que foram pioneiros na utilização da TCC na prática clínica, sendo os que têm maior percentual de instituições de ensino superior com essa modalidade em seu currículo acadêmico. No segmento acadêmico, como forma de complementar a formação em TCC, vários cursos de pós-graduação *lato sensu* têm surgido nos últimos anos, principalmente nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste.

## 5. Conclusão

Conclui-se, assim, que o desenvolvimento da Terapia Cognitivo Comportamental no Brasil acompanhou a trajetória mundial, no que diz respeito à insatisfação com as limitações do modelo exclusivamente comportamental e os modelos psicodinâmicos. No entanto, em decorrência dos fatores históricos, do regime militar e de limitações tecnológicas, demorou um pouco mais para que se consolidasse no país.

Considerando o constante crescimento no número de livros e artigos científicos publicados por autores brasileiros, podemos afirmar que a TCC continua em processo de expansão no Brasil. No entanto, mesmo apresentando tantos resultados significativos nos mais diferentes tipos de transtornos, ganhando destaque na atuação clínica, a TCC ainda é ensinada com menor frequência do que outras abordagens, dificultando a concretização do seu crescimento e estimulando o aprendizado autodidata, o que leva à maior possibilidade de ocorrências de erros na prática clínica e distorções do modelo.

Como forma de enfrentar essas disparidades, precisamos reforçar as diretrizes propostas pela APA em nossa prática clínica, assim como buscar sua maior inserção nos centros de ensino, utilizando práticas e protocolos com validação e comprovação empírica de eficácia e efetividade. Isso possibilita a publicação dos resultados na prática, fortalecendo o compromisso de oferecer tratamentos efetivos, que atendam às reais necessidades de saúde mental da população.

## Referências

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática** [recurso eletrônico]. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp, Elisabeth Meyer. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. e-PUB.

GUILHARDI, Hélio José. **Considerações Conceituais e Históricas sobre a Terceira Onda no Brasil**. Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento. Campinas - SP, 2012.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev Bras Psiquiatr.**, n. 30, supl. II, p. 54-64, 2008.

NEUFELD, C. B.; CARVALHO, A. V. de; OHNO, P. M.; TEODORO, M. L. M.; SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; LISBOA C. S. de M.; NÓBREGA N. K. B. da. Terapia Cognitivo-Comportamental nos cursos de graduação em Psicologia: Um mapeamento nacional. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. XX, n. 1, p. 86-97, 2018.

NEUFELD, Carmem Beatriz; PAVAN-CÂNDIDO, Caroline da Cruz; PAZ, Silviane; MARTINS, Rose Guedes. Contribuições da FBTC ao Crescimento das Terapias Cognitivas no Brasil. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 11, n. 2, p. 119-128, 2015.

RANGÉ, Bernard Pimentel; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; SARDINHA, Aline. História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, v. 3, n. 3, 2007.



## SOBRE OS AUTORES

**Alexandre Castelo Branco Herênio:** Psicólogo CRP 09/ 6957, mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Doutorando em psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Docente no Centro Universitário Alfredo Nasser.

**Andreoly Nogueira Monção:** Psicólogo CRP 09/12624, graduado em Psicologia - Pontifícia Universidade Católica de Goiás; especialista em Terapia do Esquema - Verbo Educacional de Porto Alegre/RS; mestre em Psicologia - Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

**Camila Alves de Oliveira e Silva:** Psicóloga CRP 09/18823, formanda pela Unip-GO. Psicóloga clínica. Atuação voltada à promoção da saúde integral e ao cuidado em diferentes contextos. Pós-graduanda em Neuropsicologia; pós-graduanda em Intervenção ABA para Autismo e Deficiência Intelectual.

**Christine Ramos Rocha:** Psicóloga CRP 09/4346, graduada pela PUC Goiás (2005). Especialista em Psicologia Jurídica, com ênfase em Perícia Psicológica. Atua em Psicologia Clínica, Psicologia Social e Psicologia Jurídica. É coordenadora na Rede de Proteção e Defesa da Criança e do Adolescente em Aparecida de Goiânia - GO; professora em cursos de graduação, pós-graduação e em cursos livres. Membro das Comissões de Psicologia Jurídica, de Docentes e de Discentes do CRP 09.

**Eli Antônio Cury:** Psicólogo CRP 09/155 (UCG), doutor em Psicologia Clínica (USAL - Argentina), mestre em Psicologia Clínica (PUC RS), especialista em Psicologia Clínica (PUC SP/PUC RS). Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae - SP. Membro da Associação Latino-Americana de Rorschach. Diretor presidente do Instituto Dimensão em Goiânia. Docente do Ensino Superior. Presidente da Comissão de Psicologia Clínica do CRP 09.

**Eliane Pelles Machado Amorim:** Psicóloga CRP 09/1328, graduada pela PUC Goiás (1991). Doutora em Psicologia (PUC GO), mestre em Psicologia Clínica e Cultura (UNB), especialista em Terapia Familiar Sistêmica, Docência Universitária, Direito das Famílias Civil-Constitucional, Mediação e Psicologia Jurídica. Possui extensão em Perícia Psicológica e Alienação Parental, certificação internacional em Práticas Colaborativas e Dialógicas. Atua como psicóloga clínica e jurídica. É professora e supervisora na pós-graduação. Presidente das Comissões de Psicologia Jurídica e de Docentes do CRP 09 e membro das Comissões de Ética, de Avaliação Psicológica e de Psicologia Clínica do CRP 09.

**Gina Nolêto Bueno:** Psicóloga CRP 09/2445, doutora e mestre em Psicologia pela PUC Goiás, com graduação pela mesma instituição. Professora do Curso de Psicologia da PUC Goiás por 25 anos, tendo atuado como coordenadora das Avaliações dos Processos Seletivos Discentes por 15 anos. Possui experiência nas áreas de Análise Experimental e Análise do Comportamento Aplicada, com prática clínica voltada a psicopatologias complexas. Desenvolve intervenções no campo das competências sociais em todas as fases do ciclo vital. Participou de projetos de pesquisa na PUC Goiás e na UFG, com ênfase em Processos Educativos no Ensino em Saúde. É autora de diversos artigos, capítulos de livros e da obra “A Esquizofrenia de acordo com a Abordagem Comportamental”. Coordena grupo de pesquisa certificado pelo CNPq e integra a Associação Brasileira em Psicoterapia e Medicina Comportamental.

**Giordana Pimentel Oliveira:** Psicóloga CRP 09/18991, psicóloga clínica; pós-graduanda em Neuropsicologia; pós-graduanda em Psicologia Organizacional. Pós-graduanda em Gestão de Recursos Humanos e Departamento Pessoal.

**Gustavo Alves Pereira de Assis:** Psicólogo CRP 09/13837, psicólogo pela Universidade de Rio Verde (UniRV) com formação em Gestalt-terapia pelo Instituto Gestalt de Curitiba (IGC). Especialista em Infectologia, na modalidade de residência multiprofissional, pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás (SES-GO). Título de especialista em Psicologia da Saúde pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). É, também, mestre em Psicologia com ênfase em Gestalt-terapia pela Universidade Federal de Goiás (UFG).

**Handersenn Shouzo Abe:** Psicólogo CRP 09/6488, graduado pela Unip (2009). Especialista em Psicologia Jurídica, Avaliação Psicológica e Docência Superior. Atua como psicólogo clínico e psicólogo jurídico. É professor e supervisor na graduação e na pós-graduação. Membro das Comissões de Psicologia Jurídica e de Docentes do CRP 09.

**Isabela Oliveira Peres:** Psicóloga CRP 09/18835, formanda pela Unip-GO, psicóloga clínica e organizacional; pós-graduanda em Psicologia Organizacional e Gestão de Pessoas; atuação como consultora de RH - Business Partner, com foco em capacitação estratégica de Equipes Comerciais, R&S, T&D e Endomarketing.

**Italo Caique Grigorio Santos:** Psicólogo CRP 09/12432, graduação em Psicologia (bacharelado e licenciatura) pela Universidade Federal de Goiás (2018). Pós-graduação lato sensu em Assistência Social e Saúde Pública pela Faculdade Educamais (2021). Pós-graduação lato sensu em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (2023).

**Larissa de Carvalho Lopes:** CRP 09/14105, bacharel e licenciada em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG), com especializações em Saúde Mental, Psicopatologia e Atenção Psicossocial, e em Direitos Humanos. É mestre em Psicologia também pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Atua como gerente de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres na Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (SEDS) e coordena as atividades do Centro de Referência Estadual da Igualdade (CREI).

**Larissa Simão de Araújo Ferreira:** Psicóloga CRP 09/17546, graduada pela PUC Goiás (2023). Pós-graduanda em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) e em formação nas áreas de Avaliação Psicológica, Neuropsicologia e Psicologia Comportamental. Atua na clínica com enfoque na abordagem comportamental, atendendo crianças, adolescentes e adultos. Possui experiência em atendimentos voltados ao enfrentamento do luto, área em que atua há mais de três anos. Desenvolve também atividades clínicas e psicoeducativas na rede pública de saúde de seu município, incluindo palestras e ações comunitárias.

**Leonardo Conceição Guimarães:** Psicólogo CRP 09/7032, mestre em Análise e Evolução do Comportamento pela PUC Goiás; professor do curso de Psicologia da Universidade Paulista; analista de Saúde no município de Senador Canedo - GO.

**Luciana Pacheco Miranda Rochael:** Psicóloga clínica, CRP 09/15611, mestre e doutoranda pela PUC Goiás na linha de pesquisa da Análise do Comportamento. Especialista em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), formação em Terapia Focada na Compaixão (TFC) e professora do programa Mindful Self Compassion (MSC). Bolsista no mestrado e doutorado Capes.

**Marcus Vinícius Costa Matos:** Psicólogo CRP 09/18848, formando pela Unip-GO. Psicólogo clínico; psicólogo escolar no Programa Ouvir e Acolher - Seduc GO; Atuação em Saúde Integral; palestrante em Saúde mental e desenvolvimento humano, com atuação em escolas; especialista em Psicanálise Clínica; pós-graduando em Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico; pós-graduando em Psicologia do trânsito.

**Mirelly Conceição do Carmo:** Psicóloga CRP 09/10238, mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG), professora universitária, trabalhadora do SUAS e do SUS. Atua principalmente no campo das políticas públicas, com ênfase no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), nas discussões sobre ética profissional e formação crítica de psicólogas(os). Foi conselheira do Conselho Regional de Psicologia da 9ª Região (CRP 09) por dois mandatos, além de ter atuado no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA-GO), no Conselho Estadual de Assistência Social (CEAS-GO) e em diversas instâncias do Controle Social.

**Nádia Christine Gomides Ferreira Alves:** Psicóloga CRP 09/18824, psicóloga clínica e organizacional. Bacharel em Biomedicina. Atuação em Saúde Integral Feminina e Materna. Diretora e responsável técnica do Maternité Instituto, diretora de Pessoal da Maktractor. Professora de Psicologia da Unifanap. Mestre em Desenvolvimento Regional Empresarial. MBA em Desenvolvimento Humanizado de Gestores MBA em Controladoria e Finanças. Pós-graduanda em Neuropsicologia. Past presidente da BPW Goiânia.

**Rafaela Morcerf Lopes:** Psicóloga CRP 09/17226, graduada pelo Centro Universitário UniCambury, pós-graduada em Psicologia Jurídica e Avaliação Psicológica pela Faculdade Dom Alberto e pós-graduada em Avaliação Psicológica pela Dalmass Goiânia e pós-graduanda em Ciências Criminais pelo Centro Universitário União das Américas Descomplica, e Neuropsicologia pela Faculdade Focus e Incantato Educação. Atua como psicóloga clínica e analista de conteúdo na empresa Incantato.

**Sônia Maria Mello Neves:** Psicóloga CRP 09/4168, graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de Brasília (1983), mestrado em Psicologia Experimental pela Universidade de Brasília (1989), doutorado em Psicologia Experimental pela University College of North Wales, Bangor, UK (1994) e pós-doutorado na Universidade de Brasília (2015-2017). Atualmente é professora titular da Pontifícia Universidade Católica de Goiás atuando na graduação e na pós-graduação stricto sensu em Psicologia. Tem experiência em pesquisa básica e aplicada, principalmente na análise do comportamento alimentar.

**Wanderson Barreto:** Psicólogo CRP 09/7301, graduado pela PUC GO com atuação em Goiânia - GO. Atua em Psicologia Clínica para jovens e adultos. Experiência em docência universitária. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás. Especialista em Avaliação Psicológica pela Faculdade Arthur Thomas. Áreas de interesse: Análise do Comportamento, Psicopatologia, Gênero, Sexualidade, Psicologia Social, Psicologia Ambiental, Psicoterapia, Pesquisa em Psicologia e História da Psicologia. Professor de graduação e pós-graduação.

Este livro é o resultado de uma pesquisa empreendida pela Comissão Especial de Psicologia Clínica do XI Plenário do Conselho Regional de Psicologia - 9ª Região.

A área clínica é, sem dúvida, a escolha predominante que os estudantes de Psicologia realizam ao terminarem o curso de graduação. Portanto, faz-se necessária uma aproximação entre o conselho de classe e os psicólogos clínicos, objetivando uma maior integração, inter-relação, mutuação e relacionamento.

Atualmente, temos constatado, por meio das mídias sociais, publicações de ordem equivocada que estendem o atendimento clínico psicológico a outros profissionais e, ainda mais, o desatino de 'desconfirmar' a imperiosa necessidade de graduação em Psicologia para o exercício clínico.

Entendemos que a psicoterapia exige do profissional uma formação robusta e íntegra, uma vez que a matriz clínica é muito variada e complexa. Atendemos a inúmeros casos em nosso consultório com queixas variadas e sintomatologias que exigem um amplo conhecimento técnico e experiência, pois são de natureza sutil e seus aspectos são bastante intrincados.

Somada a uma boa formação, a psicoterapia exige um profissional cuidadoso com o processo, pois é delicada, e seus aspectos, muito herméticos. O funcionamento psíquico deve ser abordado e pensado de forma mais profunda e verticalizada ao longo do nosso desenvolvimento longitudinal.

Além da pesquisa, o livro traz artigos variados dentro da temática de atendimento psicoterápico, todos abordando a prática clínica contemporânea, com seus avanços e recortes.

### **Eli Antônio Cury**

Presidente da Comissão Especial de Psicologia  
Clínica XI Plenário - CRP 09