

João Roberto de Souza Silva  
Organizador

# TEMAS CONTEMPORÂNEOS EM PSICOLOGIA

## Ensino, Ciência e Profissão

VOL. 8



# **TEMAS CONTEMPORÂNEOS EM PSICOLOGIA**

Ensino, Ciência e Profissão - VOL. 8





## AVALIAÇÃO, PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram avaliados por pares e indicados para publicação.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Bibliotecária responsável: Aline G. Benavidez CRB-1/3889

P969 Temas Contemporâneos em Psicologia: Ensino, Ciência e Profissão - vol. 8 [livro eletrônico] / (Orgs.) João Roberto de Souza-Silva. – 1.ed. – Curitiba-PR, Editora Bagai, 2025, 181p.

E-Book.

## Bibliografia.

ISBN: 978-65-5368-687-8

1. Psicologia. 2. Ensino. 3. Ciéncia.

I. Souza-Silva, João Roberto de.

07-2025/92

CDD 150

#### Índice para catálogo sistemático:

1. Psicología 150



 [https://doi.org/10.37008/978-65-5368-687-8\\_14\\_11\\_25](https://doi.org/10.37008/978-65-5368-687-8_14_11_25)

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da **Editora BAGAI** por qualquer processo, meio ou forma, especialmente por sistemas gráficos (imprensa), fotográficos, microfilmicos, fotográficos, videográficos, reprográficos, entre outros. A violação dos direitos autorais é passível de punição como crime (art. 184 e parágrafos do Código Penal) com pena de multa e prisão, busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610 de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

Este livro foi composto pela Editora Bagai.



[www.editorabagai.com.br](http://www.editorabagai.com.br)



/editorabagai



/editorabagai



contato@editorabagaj.com.br

**João Roberto de Souza Silva**  
Organizador

## **TEMAS CONTEMPORÂNEOS EM PSICOLOGIA**

Ensino, Ciência e Profissão - VOL. 8



O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) respectivo(s) autor(es). As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referencial bibliográfico são prerrogativas de cada autor(es).

---

<i>Editor-Chefe</i>	Cleber Bianchessi
<i>Revisão</i>	Os autores
<i>Capa e Diagramação</i>	Brenner Silva
<i>Conselho Editorial</i>	<p>Dr. Adilson Tadeu Basquerote – UNIDAVI Dr. Anderson Luiz Tedesco – UNOESC Dra. Andréa Cristina Marques de Araújo - CESUPA Dra. Andréia de Bern Machado – UFSC Dra. Andressa Grazielle Brandt – IFC - UFSC Dr. Antonio Xavier Tomo - UPM - MOÇAMBIQUE Dra. Camila Cunico – UFPB Dr. Carlos Alberto Ferreira – UTAD - PORTUGAL Dr. Carlos Luis Pereira – UFES Dr. Cláudio Borges – UNIPIAGET – CABO VERDE Dr. Cledione Jacinto de Freitas – UFMS Dra. Clélia Peretti – PUC-PR Dra. Dalia Peña Islas - Universidad Pedagógica Nacional - MÉXICO Dra. Daniela Mendes V da Silva – SEEDUCRJ Dr. Deivid Alex dos Santos - UEL Dra. Denise Rocha – UFU Dra. Elisa Maria Pinheiro de Souza – UEPA Dra. Elisângela Rosemeri Martins – UESC Dra. Elnora Maria Gondim Machado Lima - UFPI Dr. Ernane Rosa Martins – IFG Dra. Flavia Gaze Bonfim – UFF Dr. Francisco Javier Cortazar Rodríguez - Universidad Guadalajara – MÉXICO Dr. Francisco Odécio Sales - IFCE Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes – UENP Dr. Hélder Rodrigues Maiunga - ISCED-HUILA - ANGOLA Dr. Helio Rosa Camilo – UFAC Dra. Helisamara Mota Guedes – UFVJM Dr. Humberto Costa – UFPR Dra. Isabel Maria Esteves da Silva Ferreira – IPPortalegre - PORTUGAL Dr. João Hilton Sayeg de Siqueira – PUC-SP Dr. João Paulo Roberti Junior – UFRR Dr. João Roberto de Souza Silva - UPM Dr. Jorge Carvalho Brandão - UFC Dr. José Manuel Salum Tome, PhD – UCT - Chile Dr. Juan Eligio López García – UCF-CUBA Dr. Juan Martín Ceballos Almeraya - CUIM-MÉXICO Dr. Juliano Milton Kruger - IFAM Dra. Karina de Araújo Dias - SME/PMF Dra. Larissa Warnavin – UNINTER Dr. Lucas Lenín Resende de Assis - UFLA Dr. Luciano Luz Gonzaga – SEEDUCRJ Dra. Luisa Maria Serrano de Carvalho - Instituto Politécnico de Portalegre/CIEP-UE - PÓR Dr. Luiz M B Rocha Menezes - IFTM Dr. Magno Alexon Bezerra Seabra - UFPB Dr. Marcel Lohmann – UEL Dr. Márcio de Oliveira – UFAM Dr. Marcos A. da Silveira – UFPR Dra. María Caridad Bestard González - UCF-CUBA Dra. Maria Lucia Costa de Moura – UNIP Dra. Marta Alexander Gonçalves Nogueira - IPLEIRIA - PORTUGAL Dra. Nadja Regina Sousa Magalhães – FOPPE-UFSC/UFPel Dr. Nicola Andrian - Associação EnARS, ITÁLIA Dra. Patrícia de Oliveira - IF BALANÓ Dr. Paulo Roberto Barbosa - FATEC-SP Dr. Porfirio Pinto - CIDH - PORTUGAL Dr. Rogério Makino – UNEMAT Dr. Reiner Hildebrandt-Stramann - Technische Universität Braunschweig - ALEMANHA Dr. Reginaldo Pexoto - UEMS Dr. Ricardo Cauchi Ferreira - UNITEL - ANGOLA Dr. Ronaldo Ferreira Maganhotto – UNICENTRO Dra. Rozane Zaiónz - SME/SEED Dr. Samuel Pereira Campos - UEPA Dr. Stelio João Rodrigues - UNIVERSIDAD DE LA HABANA - CUBA Dra. Sueli da Silva Aquino - FIPAR Dr. Tiago Tendai Chingore - UNILICUNGO – MOÇAMBIQUE Dr. Thiago Pérez Bernardes de Moraes – UNIANDRADE/UK-ARGENTINA Dr. Tomás Raúl Gómez Hernández – UCLV e CUM - CUBA Dra. Vanessa Freitag de Araújo – UEM Dr. Walmir Fernandes Pereira - FLSHEP - FRANÇA Dr. Willian Douglas Guilherme – UFT Dr. Yoisell López Bestard- SEDUCRS</p>

## APRESENTAÇÃO

Esta coletânea configura um compêndio metacientífico no âmbito das ciências psi, congregando um espectro de investigações de proficiência teórica e clínica oriundas de múltiplos loci epistemológicos. O escopo central reside na perscrutação da gênese e complexidade do sujeito em seu vetor contextual, ratificando a premissa da inter-relação psíquico-cultural e refutando categoricamente a visão compartmentalizada inerente ao paradigma disciplinar da realidade.

A trajetória hermenêutica é deflagrada pela reflexão incisiva sobre a Desesperança criativa na psicopatologia contemporânea, culminando na exegese metapsicológica da Cadeia de significantes (Lacaniana). O corpus transita pela práxis, abordando as Interseções da psicanálise e as tecnologias do cuidado no período pandêmico, e a aplicação institucional com a Psicanálise no hospital psiquiátrico pelas equipes de saúde mental, com a subsequente crítica epistemológica do Da angústia à cartografia: Como saber-fazer a psicanálise contemporaneamente?

O rigor metodológico é patente na revisão sistemática sobre Transtorno afetivo bipolar e ideação suicida, e na abordagem das Intervenções baseadas na neuropsicologia. A interface cultura-subjetividade é explorada com profundidade em A anatomia é o destino? Corpo, gênero e sexualidade e suas interfaces com a psicanálise, complementada por estudos aplicados como a análise da Terapia do esquema, o exame da relevância sociológica de Abre a roda que tem mulher no samba, a psicologia da comunicação na medicina veterinária, e a reflexão metódica sobre a Análise do comportamento e transtorno do espectro autista.

Em síntese, o compêndio veicula um espectro de introspecções teóricas e extrospecções didáticas de alta relevância, materializando resultados de investigações robustas e práticas empiricamente sustentadas. Tais reflexões interconectam múltiplas áreas do conhecimento, constituindo um subsídio inestimável para a formação e o aperfeiçoamento profissional.

Equipe editorial

# SUMÁRIO

<b>DESESPERANÇA CRIATIVA .....</b>	<b>7</b>
Cloves Antonio de Amissis Amorim	
<b>CADEIA DE SIGNIFICANTES .....</b>	<b>19</b>
Janaina Matheus Collar Beccan	
<b>NÃO RECUAR A CLÍNICA: INTERSEÇÕES ENTRE A PSICANÁLISE E AS TECNOLOGIAS DO CUIDADO NO PERÍODO PANDÊMIC .....</b>	<b>31</b>
Giovanna Helloisa da Silva Coelho   Bárbara Breder Machado	
<b>PSICANÁLISE INSTITUCIONAL NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: QUAL LUGAR DOS VIGILANTES NAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL? .....</b>	<b>47</b>
Allan Rooger Moreira Silva	
<b>ABRE A RODA QUE TEM MULHER NO SAMBA .....</b>	<b>57</b>
Clarisse Machado Vieira   Simone Pedro Vieira   Bárbara Breder Machado	
<b>COMUNICAÇÃO DE MÁS-NOTÍCIAS NA MEDICINA VETERINÁRIA .....</b>	<b>73</b>
Giordano Bruno Carvalho Santos Brasil Pompeo   José Matheus da Cruz	
Manuela Gomes Kosinski   Cloves Antonio de Amissis Amorim	
<b>TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E IDEAÇÃO SUICIDA: EXPLORANDO FATORES DE RISCO E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA .....</b>	<b>83</b>
Johana André Rocha   Mara Solange da Silva Amaral	
<b>ENTENDENDO A TERAPIA DO ESQUEMA: ANÁLISE DO FILME “O QUARTO AO LADO”.....</b>	<b>95</b>
Giovana Corral de Araujo   Heloísa Corrêa Pain   Marina Pineroli Bochnia	
Nina Dalledone Malucelli   Sarah Pabst Salles   Cloves Antonio de Amissis Amorim	
<b>DA ANGÚSTIA À CARTOGRAFIA: COMO SABER-FAZER A PSICANÁLISE CONTEMPORANEAMENTE? .....</b>	<b>105</b>
Saulo Albert	
<b>FUNÇÕES EXECUTIVAS E REABILITAÇÃO COGNITIVA PÓS-AVC: INTERVENÇÕES BASEADAS NA NEUROPSICOLOGIA .....</b>	<b>117</b>
Paulo Cesar Machado	
<b>A ANATOMIA É O DESTINO? CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE E SUAS INTERFACES COM A PSICANÁLISE .....</b>	<b>139</b>
Francisco Francinete Leite Junior   Raul Max Lucas da Costa	
<b>IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES.....</b>	<b>157</b>
Benvinda Maria Gomes dos Santos   Joel Lima Junior	
<b>ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: O QUE SE PESQUISA EM MATO GROSSO DO SUL?.....</b>	<b>169</b>
Vitória Gabriele Rodrigues Garcia   Felipe Maciel dos Santos Souza	
<b>SOBRE O ORGANIZADOR .....</b>	<b>179</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>	<b>180</b>

# DESESPERANÇA CRIATIVA

Cloves Antonio de Amissis Amorim<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

A Terapia de aceitação e Compromisso (ACT) é uma intervenção cognitivo comportamental contextual, baseada em evidências, projetada para criar maior flexibilidade psicológica e, como resultado, libertação humana da busca de uma vida sem sofrimento. A ACT não pretende eliminar nenhum evento privado, ao invés disso, propiciar que sejam vivenciados como o que de fato eles são: apenas sentimentos, pensamentos, sensações e memórias. Dentre os principais problemas clínicos são relatados quatro modalidades: a fusão cognitiva, o evitar, o avaliar e o dar razão.

De acordo Saban (2008) evitar os eventos aversivos é uma habilidade filogeneticamente selecionada. Inúmeras pessoas continuam evitando seus eventos privados aversivos, pois a consequência imediata de se livrar deles é muito reforçadora, apesar de, com o tempo, eles tenderem a aumentar suas intensidades, suas frequências e durarem mais.

Uma forma encontrada pelos autores da técnica da desesperança criativa foi aplicá-la no início do processo terapêutico com o objetivo de instalar uma desesperança em relação ao modo como vinha lidando com os seus problemas e aceitar a possibilidade de abandonar os antigos recursos ou estratégia e se abrir a uma nova forma de lidar ou manejar o sofrimento.

Gupta, Sidana e Kashyap (2019) ilustram a utilização da desesperança criativa em dois casos. No caso 01, a aplicação da desesperança criativa e da evitação experiencial na ACT, beneficiou a compreensão da ansiedade e das reações de medo da paciente; no estudo de caso 02, os processos de ACT, com fusão, evitação experiencial e desesperança criativa

<sup>1</sup> Doutorado em Educação (PUC-PR). Professor (PUCPR). CV: <http://lattes.cnpq.br/2720552812846198>

foram utilizados, nesse caso, os autores afirmam que o reprocessamento e dessensibilização que surgiram após a evitação experiencial e a desesperança criativa reduziram os sintomas autônomos e a autoincriminação.

## DESENVOLVIMENTO

A desesperança criativa se refere ao processo de renunciar uma agenda de controle experiencial inviável a fim de criar um espaço para tentar uma abordagem alternativa. De acordo com Luoma, Hayes e Walser (2022) a peça criativa da desesperança criativa se refere a uma abertura que ocorre quando os clientes finalmente abandonam o controle experiencial desnecessário e voltar sua atenção para viver uma vida alinhada aos valores escolhidos. Esses autores também são enfáticos ao afirmar que “esse processo geralmente cria uma sensação de esperança. O objetivo é simplesmente acelerar o processo de abandonar o que não está funcionando” (Hayes et al, 2012).

A desesperança criativa é utilizada no início do processo terapêutico e de acordo com Luoma, Hayes e Walser (2022), um erro comum cometido por parte dos terapeutas é tentar convencer os clientes de que a evitação não está funcionando ou que eles devem desistir da sua programação de controle experiencial.

Flaxman, Blackledge e Bond (2022), descrevem que o processo da desesperança criativa tem como função “limpar o antigo sistema e, em parte, um processo de confronto, mas não entre o terapeuta e o cliente”. Pelo contrário, é entre a agenda de controle do cliente e sua experiência, a respeito da viabilidade desse sistema.

A desesperança criativa não é uma mudança de comportamento única ou total - na verdade trata-se do estabelecimento de uma abordagem diferente do controle, neste momento, no próximo e depois nos seguintes. “Objetiva-se ajudar o cliente a perceber que cada momento da existência oferece uma oportunidade de dizer sim a sua experiência, alimentando a vitalidade de uma vida baseada em valores, em vez de continuar no caminho da evitação experiencial” (Hayes et al. 2012).

O terapeuta ACT inicia o processo terapêutico buscando demonstrar que as regras culturais tradicionais não têm se mostrado eficientes para o manejo do sofrimento que o cliente apresenta. Pode-se perguntar ao cliente: o que você já tentou? como funcionou? qual foi o custo pessoal de seguir essa estratégia (ou estratégias?). Segundo Hayes, Strosahl e Wilson (2021), “o objetivo de identificar com o cliente as várias estratégias que estão sendo empregadas é ajudá-lo a reconhecer seu propósito e fazer contato direto com os custos pessoais de segui-lo.” Finalmente, quando o cliente faz contato com o seu mundo interno e reconhece a natureza inviável de “controlar ou eliminar”, ele poderá desenvolver “desesperança criativa”. Instalada essa desesperança, em que o cliente viu o que não está funcionando, provavelmente o levará a procurar novas soluções.

Olaz, Sousa filho, Pegher e Melo (2019), realizaram uma breve descrição dos passos para a utilização da desesperança criativa: em primeiro lugar busca-se as razões da procura pela psicoterapia e coleta-se as percepções do problema por parte do cliente e as estratégias que o mesmo tem utilizado para evitar ou controlar esses eventos privados. Os autores prosseguem orientando que o terapeuta e o paciente façam uma lista das estratégias que o paciente utilizou e que não funcionaram.

Deve-se em seguida, de acordo com Olaz, Sousa filho, Pegher e Melo (2019), destacar a invalidez de tentar controlar ou se livrar dos produtos internos. Enfatiza-se também o sofrimento envolvido na busca desse controle.

O tema do sofrimento humano tem sido objeto de análise de vários autores, entre eles Hayes, Strosahl e Wilson (2021), Kovac e Perez, (2022). Eles nos esclarecem que, “o sofrimento psicológico é uma característica da vida humana”. E que, “os seres humanos também infligem sofrimento uns aos outros continuamente” (Hayes, Strosahl e Wilson, 2021, p. 3).

Para alguns clientes, submeter-se à desesperança criativa poderá levar a um sentimento de confusão, e na ACT, isso não é um problema. A confusão é vista como um sinal positivo. A confusão costuma ser a “porta de entrada” através da qual a mente passa a se abrir para outras

possibilidades, ainda desconhecidas. Mas a desesperança criativa não é um sentimento, a desesperança criativa refere-se à ação de renunciar a comportamentos ou estratégias que não funcionaram na vivência do indivíduo. É aconselhável enfatizar que é a agenda de controle que está sendo vista como sem esperança, não o cliente (Flaxman, Blackledge e Bond, 2022).

Em relação a duração e frequência, as intervenções de desesperança criativa podem variar de acordo com as características e o histórico do cliente, por exemplo, indivíduos com menos apegos ao controle experiential a agenda podem ser minada com relativa rapidez e frequência; enquanto para outros, o processo de desesperança criativa podem necessitar de mais tempo, como por exemplo, aqueles com risco de suicídio. Para esses o processo precisa ser ajustado e adaptado devendo-se prestar bastante atenção se o cliente apresenta múltiplos problemas ou extensas histórias de evitação experiential. (Flaxman, Blackledge e Bond, 2022).

A ACT pode frustrar muitos clientes que chegam ambiciosos por mais controle, e apresentando uma ideia contra intuitiva, mas eficaz, de que o controle é o problema e que algo novo e diferente precisa ser feito. No entendimento de Hayes, Ciarrochi e Bailey (2023), “ao perceber que mudanças e controle são incompatíveis, você se liberta”. Esse processo de tomada de consciência quase como uma epifania é chamada de desesperança criativa. Portanto, a ideia não é gerar desesperança no cliente e sim, que ele possa compreender a inoperância das estratégias e soluções aplicadas anteriormente aos seus problemas.

A desesperança criativa consiste em fazer o cliente perder a esperança no antigo sistema para que algo diferente possa surgir, por isso é importante que o terapeuta valide as experiências anteriores para que o paciente reconheça o intuito e possa direcionar para algo que funcione. Saban (2008) orienta que o terapeuta deva validar a percepção do cliente de que suas estratégias de controle dos eventos encobertos são ineficazes. Segundo esta autora, esse procedimento pode ser realizado com frases do tipo:

- “Realmente parece que não tem jeito.”
- “Pelo que está me dizendo, o que você vem fazendo não funciona.”
- “Deste jeito eu também não vejo esperança.”

Então, a desesperança é uma postura, o cliente não deve se sentir culpado por ter falhado, a alternativa para o antigo sistema e desistir dele, da luta que ele promove com os eventos privados aversivos. Para além das perguntas acima sugeridas por Saban, os autores Flaxman, Blackledge e Bond (2022) também sugerem três perguntas a serem feitas ao cliente:

1. “O que você deseja da terapia?”
2. “O que você já tentou anteriormente?”
3. “Como isso funcionou?”

O fragmento de caso clínico apresentado aqui neste capítulo , tem como objetivo ilustrar a aplicação da terapia de aceitação e compromisso num processo de luto complicado, ilustrando a aplicação da desesperança criativa . Gaitan e Dillenburg (2022) afirmam que “uma opção de tratamento para o luto complicado é a terapia de aceitação e compromisso (ACT), que permite ao enlutado experimentar seu luto com maior flexibilidade, favorecendo a aceitação das reações físicas e emocionais posteriores à perda” (p. 129).

Gaitán e Dillenburg (2022) apresentam um modelo de processamento dual de luto com o Hexaflex como um modelo clínico. Para compreender a utilização da Desesperança criativa no atendimento a pacientes enlutados com a ACT, esse esquema é adequado.

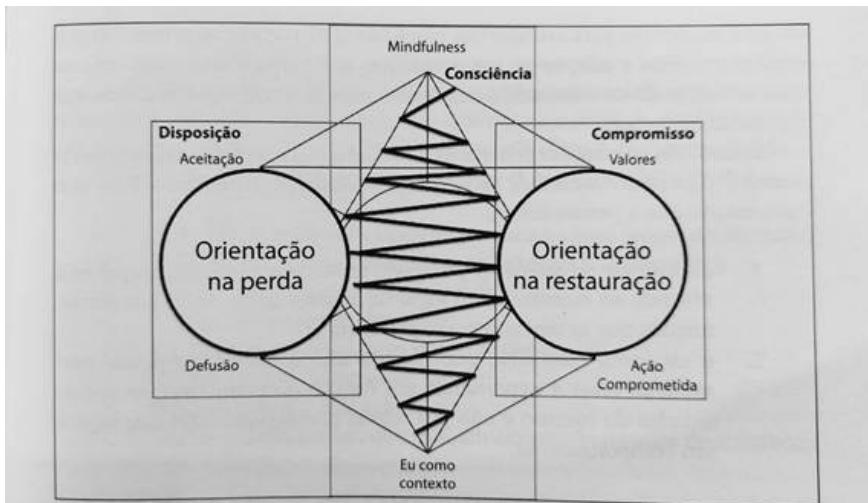


Figura 1. Modelo de processamento dual de luto com hexaflex como modelo clínico  
Fonte: Gaitan e Dillenburg (2022, p. 131)

Após essa exposição conceitual da técnica da desesperança criativa, vamos a um caso clínico: Pedro Henrique é um rapaz de vinte e um anos, está no quarto ano de engenharia de uma Universidade Pública. Soleiro, caucasiano e heterossexual. Ele busca ajuda psicoterapêutica porque tem pensado seguidamente em suicidar-se. Ele relata que está sofrendo muito e não vê luz no fim do túnel. Ele tem duas irmãs mais jovens que estão no ensino médio.

Durante a pandemia da COVID-19, o seu pai, que era o seu melhor amigo, faleceu vítima da doença. Era um homem divertido, adorava futebol e rock. Em todos os lugares que ia, ele levava Pedro Henrique junto. Seis meses após a morte do pai, a primeira namorada de Pedro Henrique também termina com ele, ou seja, ele viveu duas perdas intensas em um curto espaço de tempo. Parece que até o momento em que Pedro Henrique chega a terapia tem vivido recorrentes respostas de esquiva. Sabe-se que a esquiva no processo de luto impede que o enlutado vivencie os comportamentos privados dolorosos da perda, podendo gerar dificuldades na resolução desse processo.

Então, a primeira ação terapêutica implementada foi enfraquecer o comportamento de esquiva experencial e levar o cliente a contactuar com contingências da perda, podendo exteriorizar sua dor e assim aumentar oportunidades para aquisição de novos comportamentos. Entre as estratégias de intervenção propostas pela ACT estão o uso de metáforas, músicas, escrever cartas e/ou diário.

Segundo a perspectiva da ACT, a reação mais adaptativa frente o luto implica que o paciente reconheça a perda, permaneça em contato com outros e com sua própria experiência de luto e acredite na possibilidade de uma vida que ainda pode ter significado e propósito. Ou seja, a aceitação em lugar da evitação emocional (Gaitán e Dillenburg, 2022).

Considerando que o paciente que ilustra o caso clínico passou por uma avaliação prévia segundo a qual foram analisados alguns pontos:

- Antecedentes de outras perdas e a forma como foram enfrentadas;
- Fatores de vulnerabilidade;
- História e condições da morte;
- Reconhecimento de padrões de evitação experencial;
- Suporte social e redes de apoio;
- Avaliação dos sintomas de luto.

O tratamento teve como meta favorecer os processos de flexibilidade psicológica a partir dos estilos aberto (aceitação, defusão), centrado (contato com o momento presente, eu como contexto) e comprometido (valores, ação comprometida).

De acordo com o modelo de processamento dual de luto com HEXAFLEX como modelo clínico, a ênfase está na flexibilidade psicológica uma vez que favorece a oscilação entre orientação em direção a perda desde um estilo aberto. Na compreensão de Gaitán e Dillenburg (2022) essa oscilação deve favorecer:

1. A aceitação, a qual implica reconhecer que as emoções e reações dolorosas depois da perda, são parte da experiência de amar e posteriormente perder e que a tentativa

de evitá-las somente se interpõe a uma vida significativa e valiosa para a pessoa;

2. A desfusão, como uma alternativa para se relacionar com seus pensamentos, tomando perspectiva, para que esses não limitem o contato com a experiência direta, e facilitando assim, conviver com esses pensamentos naturalmente semvê-los com uma verdade absoluta, senão como um ponto de vista que não necessariamente tem que atuar em função deles. (Gaitán e Dillenburg, 2022, p. 131).

No atendimento de Pedro Henrique, começamos com a desesperança criativa identificando os comportamentos com os quais ele vinha lutando (sentir-se traído pelo pai e pela vida, evitando entrar em contato com amigos e parentes, maltratando as irmãs e a mãe). Em seguida, observando a proposta desenvolvida por Gaitán e Dillenburg (2022, p. 135), identificam-se as barreiras que impediam a melhora de Pedro Henrique e, entre essas barreiras, foi possível juntos reconhecer a inoperância da tentativa de esquecer a figura do pai na busca de sentir-se melhor e, não se ocupar de uma vida melhor.

Foi relevante na implementação da desesperança criativa listar outros problemas além daqueles diretamente relacionados com a morte do pai. Naquela sessão terapêutica, o cliente verbalizou a sua dor e sofrimento pelo término do seu primeiro namoro. Ele referiu que o término foi iniciativa da namorada que não suportava mais conviver com tanta dor e tristeza. A partir daí, o terapeuta e o cliente começaram a discutir como Pedro Henrique gostaria que sua vida fosse no futuro.

Após a vivência da desesperança criativa, Pedro Henrique notou que as estratégias de controle utilizadas por ele só promoviam alívio momentâneo, mas não superavam a dor da perda. A partir da sexta sessão, Pedro Henrique sentiu-se mais motivado a utilizar novas estratégias para encontrar valores e seguir com sua vida adiante.

Vale a pena ressaltar, uma das estratégias para definir as direções baseadas em valores, foi ajudar o cliente a clarificar as direções valiosas

de vida e a busca de ação comprometida. Para isso, incentivou-se que Pedro Henrique assumisse e mantivesse compromissos na presença de barreiras percebidas (tristeza, saudades do pai e raiva da ex-namorada). Enfatizou-se para o cliente que, quanto mais se quer evitar, negar, esquivar ou fugir dos eventos privados mais presente este assunto estará na sua vida, e para isso utilizou-se a metáfora do detector de mentiras.

Suponha que eu tenha arranjado o melhor detector de mentiras que já inventaram. Esta é uma máquina perfeita, a mais sensível de todas. Quando você estiver conectado a ela, não há como ficar agitado ou ansioso sem que a máquina não detecte. Então, eu te digo que você tem uma tarefa muito simples aqui: tudo o que tem que fazer é manter relaxado. Se você ficar somente um pouquinho ansioso, contudo, eu vou saber. Eu sei que você vai se esforçar, mas quero te dar um incentivo extra, então eu também tenho uma arma que vou apontar para a sua cabeça. Se você ficar relaxado eu não vou estourar seus miolos, mas se você ficar nervoso (e saberei, pois você está conectado a essa máquina perfeita), eu terei que te matar. Então apenas relaxe!... O que você acha que vai acontecer?... Adivinha como você vai estar? Um pinguinho de ansiedade será horripilante. Você naturalmente diria, meu Deus estou ficando ansioso! Agora vem! Bumm! Como poderia ser de outra maneira? (Saban, 2008, p. 31).

É fundamental ter presente que a tarefa do terapeuta ACT é gerar contextos em que o paciente possa vivenciar emoções, sentimentos e lembranças, alguns deles muito dolorosos, sem procurar que as emoções sejam extintas, mas com o propósito de que o paciente tenha uma disposição flexível e aberta para essas experiências (Luoma, Heyes e Walser, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES**

Considerando que o luto pode ser por si mesmo extremamente doloroso, é alta a frequência de tentativas de suprimir a tristeza e até

mesmo evitar situações que produzam memórias relacionadas à pessoa morta. Por isso, um dos grandes desafios na aplicação dessa técnica com pessoas enlutadas, como no caso clínico, foi esclarecer para o paciente que os pensamentos, sentimentos, ou imagens mentais não desaparecerão de forma mágica, mas que o fato de reconhecer que as tentativas de controle não funcionaram e que a esquiva experiencial promove um bem-estar rápido e passageiro, liberta o paciente para envolver-se num processo terapêutico que começa com o bloqueio da esquiva e o leva a entrar em contato com a sua dor.

Sousa, Carvalho e Prado (2022), afirmam que o sofrimento pode ser aliviado por meio da aceitação da dor, isto é, estar aberto para vivenciar os próprios sentimentos mesmo quando desagradáveis ou indesejados.

Concorda-se com a afirmativa de Olaz, Sousa Filho, Pergher e Melo (2019, p. 346)

Na desesperança criativa, busca-se destacar a invalidez de tentar controlar, suprimir ou se ver livre dos nossos produtos internos e introduzir a ideia de que aquelas estratégias, inclusive a terapia, não funcionarão simplesmente porque não funcionam. O paciente é informado de que pensamentos, sentimentos, sensações, imagens mentais não irão desaparecer, basicamente porque esse não é um objetivo possível. Enfatiza-se também o sofrimento envolvido na busca desse controle assim como o custo em termos da luta do paciente, preso em uma batalha que não pode ganhar ao invés de se engajar em estratégias em direção a uma vida que vale a pena ser vivida.

Como se trata de um caso de luto sugere-se a leitura do capítulo 10 do livro - “LUTO: Teoria e Intervenção em Análise do Comportamento”, organizado por Fonseca, Santos e Freire, (2022). O título do capítulo é: “Estratégias da Terapia de Aceitação e Compromisso para vivência e manejo do luto, de autoria de Sousa, Carvalho e Prado”. Na mesma obra, também a experiente psicóloga Níone Torres, publicou o capítulo 04 – “O luto em tempos de Covid – o adeus sem despedida. Ela

também demonstra a aplicação da desesperança criativa. Destacando em fim que o manejo do luto não é levar o indivíduo a se sentir bem, mas sim SENTIR BEM, ou seja, aumentar o contato com as experiências privadas sem esquiva experiencial. (A tentativa de eliminar sentimentos desagradáveis pode reforçar a falsa ideia de que é possível viver uma vida sem experienciar algum tipo de sofrimento).

## REFERÊNCIAS

- FLAXMAN, P. E.; BLACKLEDGE, J. T. e BOND, F. W. **Terapia de Aceitação e compromisso.** Novo Hamburgo – RS: Sinopsys, 2022.
- FONSECA, F. N.; SANTOS, L. B. e FREIRE, A. L. L. (orgs.) **Luto: Teoria e Intervenção em Análise do Comportamento.** Curitiba- PR: Ed. CRV, 2022.
- GAITÁN, J. I. C. e DILLENBURG, M. S. Estratégias da terapia de aceitação e compromisso no luto. Em ZILBERMAN, A. B.; KROEF, R. F. S. e GAITÁN, J. I. C. (ORGs.) **Processo Psicológico do luto: Teoria e Prática.** Curitiba – PR: Ed. CRV, 2022.
- GUPTA, A.; SIDANA, A. e KASHYAP, A. Acceptance and Commitment Therapy in Reappraisal of Post Events? Report of two Cases. In **Delhi Psychiatry Journal**, v. 22, n. 2, p. 428-440, 2019.
- HAYES, L. L.; CIARROCHI, J. V. e BAILEY, A. **O que te torna mais forte:** como prosperar diante das incertezas usando a terapia de aceitação e compromisso. Porto Alegre- RS: Artmed, 2023.
- HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D. e WILSON, K. G. **Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente.** [2<sup>a</sup>. ed.] Porto Alegre: Artmed, 2021.
- KOVAC, R. e PEREZ, W. F. O que é sofrimento psicológico para a terapia de aceitação e compromisso e como ele é explicado pela Teoria das Molduras Relacionais. Em PEREZ, W.F.; KOVAC, R.; ALMEIDA, J.H. e ROSE, J. C. de (orgs.) **Teoria das Molduras Relacionais [RFT]: Conceitos, pesquisa e aplicações.** São Paulo: Centro Paradigma Ciências do Comportamento, 2022. p. 239- 254.
- LUOMA, J. B.; HAYES, S. C. e WALSER, R. **D.Aprendendo ACT:** Manual de habilidades da Terapia de Aceitação e Compromisso para Terapeutas. [2<sup>a</sup>. ed.] Novo Hamburgo-RS: Sinopsys Editora, 2022.
- OLAZ, F; SOUSA FILHO, P. G.; PERGHER, G. K. e MELO, W. V. Terapia de Aceitação e Compromisso. In MELO, W. V. (org) **A prática das intervenções Psicoterápicas:** Como tratar pacientes na vida real. Novo Hamburgo – RS: Sinopsys Editora, 2019.
- SABAN, M. T. **Terapia de Aceitação e compromisso – ACT.** Trabalho de conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo – SP, 2008.

SOUSA, A. C. A.; CARVALHO, B. Q. G. e PRADO, F. Estratégias da Terapia de Aceitação e Compromisso para vivência e manejo do luto. Em FONSECA, F. N.; SANTOS, L. B. e FREIRE, A. L. L. (orgs.) **Luto: Teoria e Intervenção em Análise do Comportamento**. Curitiba- PR: Ed. CRV, 2022. (cap. 10, p. 221-242).

TORRES, N, Luto em tempos de COVID-19: O Adeus sem despedidas. Em FONSECA, F. N.; SANTOS, L. B. e FREIRE, A. L. L. (orgs.) **Luto: Teoria e Intervenção em Análise do Comportamento**. Curitiba- PR: Ed. CRV, 2022. (cap. 04, p. 71-102).

# CADEIA DE SIGNIFICANTES

Janaina Matheus Collar Beccon<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

No caminho da eterna insuficiência, residem mulheres, assim como todos aqueles habitantes do globo que não são homens brancos heteros (Sis gênero), este são minoria em grande parte do planeta. E por que detém hegemonia vitalícia? Como não atacar o gênero e sim elevar os segregados? Não se trata de atacar/reduzir, mas de uma construção estabelecida e introjetada política/econômica/cultural/religiosa (...) ou seja, todos entendem, que perpassa um sistema segregador e conveniente para poucos (os escolhidos) e que todos os outros sobrevivem, alguns com “mais privilégios”, outros sem nenhum.

Poderia iniciar a análise de forma empírica dizendo que é uma questão de gênero, então basta gerenciar melhor as fatias do bolo! Mas aqui todos somos adultos, sabemos que é uma eterna insuficiência, é um “jogo exaustivo” e que a jornada é dura e pouco tem a ver com “vencer” ou “ter merecimento”, o desejo, sonho, objetivo de vida (...) você vai entender que ao longo da jornada existirão muitas dúvidas, certezas e mudanças (ideias, desejos, visões de mundo e tantas outras coisas). Poderia pegar uma carona na individuação de Jung, e sua abstração acerca dos estereótipos e símbolos de forma mística, assim como em muitas outras áreas das ciências humanas, como na filosofia.

Neste texto escolho a instrumentalização da psicanálise como força de argumento que somos divididos, somos múltiplos, derrubando certezas e construindo pontes, onde os muitos “não sei” podem significar “eu temo dizer” e nada me é mais fascinante neste território do que o desvendar de significantes. Por isso, o tema desta pesquisa se dá na cadeia de significante, que utilizará como método de pesquisa a revisão bibliográfica de Lacan, Deleuze-Guattari e Foucault, traçando

<sup>1</sup> Mestrado em Saúde Coletiva (UFRGS). <http://lattes.cnpq.br/4785125138526795>

uma análise rizomática, que neste texto tem como objetivo entrelaçar perspectivas destes autores e suas escritas, na potência da construção singular (individual) de significado. No processo de sentir, organizar eventos e emoções, há uma performance consciente ou não de organização, uma construção subjetividade que se constitui em atos de sentir, de pensar e traduzir este para o falar, ou seja, a forma que cada um utiliza suas “engrenagens”, seja para resolver ou negar algo.

Na construção de narrativa há muitos caminhos até a resposta, mas na prática o objetivo é fazer a plateia pensar e refletir sobre a querela proferida e assim diversas abordagens e métodos são apresentados, muitas vezes no exercício de reflexão e de concatenar os pontos de conhecimentos prévios, mas também há os devaneios de captura de atenção para se revelar a resposta posteriormente. Neste trabalho vou apresentar a cadeia de significantes, sua fórmula, ou seja, o arranjo de itens elaborado por Lacan e a partir dele transcorrer pelos seus arranjos e campos simbólicos utilizando Deleuze-Guattari e Foucault.

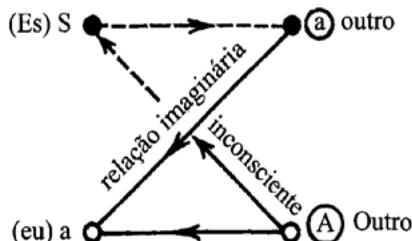
## CADEIRA DE SIGNIFICANTES, A ORIGEM

Na tradução de Brenno Silveira, do original de Edgar Poe, A carta Roubada, (POE, 1844) conteúdo que constitui a base utilizada por Lacan, em Escritos (LACAN, 1998) e palco da cadeia de significante, tema deste trabalho, em ambas a abordagem utilizada é a mesma. Através da linguagem, uma terceira pessoa relata com base em sua interpretam (banco de significados) e repassam as informações sobre os acontecimentos que orbitam em torno do advento do roubo, ou ainda dos sucessivos roubos. Ou seja, contaminam a cena e a interpretação com as suas percepções, não posso afirmar que há perda de significado, mas que há uma descrição unitária sobre o tema é evidente.

A necessidade de construção da cadeia de significantes se estabelece como legenda, assim como um ponto de partida para entender de onde se parte um pensamento ou a dor gerada por uma ação/reação de alguém para com ele, possíveis gatinhos que geram reações e sintomas. É imperioso construirmos este território de linguagem próprio de cada pessoa, que sim pode ter contaminações coletivas (cultura, religião,

família), mas em sua maioria há singularidade na forma que se constituem ao longo da vida, na soma geral de acontecimentos que ganharam espessura e transbordaram em sintomas.

Na nota de rodapé 53, no encerrar do texto, base da conferência sobre Psicanálise e Cibernética, estão informações relevantes para além da numeração binária, da aritmética e a simples porta (aberta/fechada). E aqui um pequeno pulsar de esperança, pois já estava certa da escrita de Lacan ser uma ciência exata, o que congrega muito dele em seu método de escrita, mas me deixou exaurida na eloquência e determinismo de suas formulações. E assim, detalha a base da cadeia de significantes, através da estrutura do sujeito (S esquema L), na imagem do Estágio do Espelho.



Cadeia L: (10 ... (00 ... O) 0101 ... O (00 ... O) ... OI) IIIII ... (1010 ... I) III ... etc.

Cadeia de significantes legendada:

- O entre parênteses, representar o valor de tempos silenciosos.
- Estrutura do S (Es) representar/simboliza o sujeito suposto saber, distingue inconsciente e subjetividade silenciadas (pulsões).
- 0 1: Grade imaginária ( $aa'$ ) do esquema L.
- a: representa o campo do Outro (A do estágio do espelho), a repetição predomina ali, sob a forma do I, traço unário, que representam os tempos do simbólico. Neste momento que o sujeito S recebe sua mensagem (interpretação).
- (10 ... OI) representa o eu.

Nesta construção de narrativa Lacan estabelece uma relação dual implicada na noção da intersubjetividade, o que Poe também o faz como no jogo do par ou ímpar:

diz-nos em essência o menino, sei que, se meu adversário for um simplório, sua esperteza não irá além de mudar de jogada em sua aposta, porém, se ele for um pouquinho

mais esperto, ocorrer-lhe-á a ideia de que é contra isso que estarei prevenido, e de que, portanto, será conveniente ele fazer a mesma jogada. (POE, 1844, p. 62)

Construindo assim a ligação = se o inconsciente existe das implicações de experiências da vida cotidiana = a máquina de calcular pode performar como uma forma de modular “as escolhas de um sujeito, venha a ganhar acima de qualquer proporção costumeira no jogo do par ou ímpar.” (LACAN, 1998, p. 64)

E assim encerra, “tomamos o próprio conto do qual havíamos extraído, sem a princípio enxergar mais longe, o raciocínio litigioso sobre o jogo do par ou ímpar:” E adiciona como proveitosa para a noção de determinação simbólica. (LACAN, 1998, p.66)

Aqui uma nota temporal, para representar que neste período, final dos anos 1990, os itens de tecnologia (computadores/celulares) estavam adentrando ao nível de acesso doméstico, então foi um marco para a época em que o sistema de informação e sua linguagem ganham agenda e a temática progressiva permeabilidade na sociedade daquele tempo.

Na construção de A Carta Rouba, (POE, 1844) a prática de construção de narrativa é de nomear como estranho, tudo aquilo que no seu arcabouço simbólico, estava para além de sua compreensão, endereçado por ele como “legião inteira de “estranhezas””. Em diversas passagens da narrativa há o crivo da análise de métrica como:

Quando quero saber até que ponto alguém é inteligente, estúpido, bom ou mau, ou quais são os seus pensamentos no momento, modelo a expressão de meu rosto, tão exatamente quanto possível, de acordo com a expressão da referida pessoa e, depois, espero para ver quais os sentimentos ou pensamentos que surgem em meu cérebro ou em meu coração, para combinar ou corresponder à expressão. (POE, 1844, p. 7)

Lacan em diversas obras e na visão de muitos de seus contemporâneos, é descrito como uma figura de difícil trato, com especificidade em seu método psicanalítico e membro da “querela narcisística”, também conhecida como Escola Francesa de Psicanálise”. (ZIBERMAM, 1999, p. 57)

Na linha de tempo teremos:

1844: Original do conto A carta roubada, de Poe.

1901-1981: Nascimento e morte Jacque Lacan.

1955: Conferência sobre Psicanálise e Cibernetica, inaugura o conceito cadeia de significante.

1966: Adiciona o parêntese dos parentes.

: Publicação do original em francês dos Escritos.

1998: Publicação da edição em português dos Escritos.

Ou seja, o seminário sobre “A carta roubada”, realizado em 1955, a exemplificação dos parênteses dos parênteses acontece em 1966, utiliza o conto de mesma tradução escrito em 1844 e o livro com seleções de produções de autoria de Lacan intitulado Escritos é publicado em original no idioma francês em 1966 e a tradução que utilizei como fonte de pesquisa em português de publicação no ano de 1998. Na construção argumentativa construída por Lacan para embasar o conceito de cadeia de significante, foi composta por uma rede de figuras de linguagens, que trazem densidade de exemplos e performance para além de um tempo ou sua dureza de formulações binárias.

O texto representa o estabelecimento da cadeia de significantes, que não é o repertório do analista que irá dar/construir os acessos as respostas ao setting analítico e sim o que cada grupo de palavras narrada representa para o analisando. Cada pessoa irá ter uma forma de caracterizar uma experiência, acontecimento e representações de afeto e conflitos, assim como irmãos que partilham o mesmo núcleo familiar, podem e muitas vezes terão perspectivas, narrativas distintas sobre o impacto dos acontecimentos ao longo da sua vida. E tal fato replete no trecho “Era, na verdade, sob todos os aspectos, radicalmente diferente da que o delegado nos descrevera de maneira tão minuciosa.” (POE,1844, p. 10) Saber o que procura para além do físico, deixar agir o campo simbólico do outro, a descrição da aparência tanto o que é dito, como o que é construído a partir deste relato, são resultados muitas vezes distintos e distantes, pois naturalmente usamos o nosso repertório de significantes (nossa banco de referências e significados). Há que ter conhecimento e prática para não o fazê-lo, pois este território pode acarretar em uma contratransferência, por exemplo, o que comprometeria a análise.

A (dono da carta), B (quem a roubou), C (narrador), D (quem a rouba e irá devolver ao delegado), E (quem nunca a achou e teve seu fracasso revelado com a entrega da carta e sua dignidade questionada). Neste emaranhado de narrativas e interpretações originárias de percepções que resultam frequentemente em demonstrar que a resposta ou no caso da carta roubada, que estava ali, de fácil e simples acesso, este jogo tremendo me parece um jogo de poder, que é exercido por quem detêm a prerrogativa seja de recurso financeiro e/ou a influência, tendo como resultado/resposta ao enigma, o deleite de fortuna e reverência. Aqui do meu lugar de meio da pirâmide de privilégios, ao mesmo tempo que acho pouco relevante e nada didático, percebo a sucessiva repetição desta metodologia, muito frequentemente disseminada em larga escala, tendo aplicação de salas de aulas a programas de auditório. Onde no decorrer de tentativas de ilações e devaneios acabam produzindo uma querela de emoções e produzindo a reflexão perante o objeto alvo, o que me parece proposital (gerar desconforto em “gastar o meu tempo” com pontuações possivelmente delirantes ou de transferência ou contratransferência, por exemplo) mas que teriam como objetivo fazer pensar, produzir um estabelecimento de concatenações, ou seja, produzir sua cadeia de significantes.

Para Lacan, a linguagem determina o sentido e gera as estruturas da mente, de forma que, afirma ele, o inconsciente não é uma coisa, nem um lugar: ao mesmo tempo em que a linguagem é estruturante do inconsciente, esse também é estruturado como uma linguagem (igual à estrutura gramatical do sonho) (Zibermam,1999, p. 55)

E mesmo que no sonho, não existam prioritariamente palavras e sim imagens, é através da unidade fundamental da linguagem que é composta por uma imagem acústica (significante/conceito), “sendo que o importante na estrutura linguística é o lugar que cada signo ocupa nessa estrutura, bem como a relação de cada um dos signos com os demais signos.” (ZIBERMAM,1999, p. 55)

Para Lacan, o inconsciente funciona com uma cadeia de significantes, onde:

“(..) um significante é remetido a um outro, de um modo que permite comparar esse processo com o de uma decifração de uma carta enigmática, ou a de uma consulta de um termo num dicionário, que vai remeter a um outro termo, que remete a um terceiro, e assim por diante, até ser conceitualizado com algum significado.”  
(ZIBERMAM, 1999, p. 55)

De acordo com Lacan, o psiquismo tem três registros: o imaginário, simbólico e real, os quais interagem entre si, sendo que o estudo parte do “desejo humano a partir das interações entre o registro imaginário com o simbólico” (...) “o analista deve dar uma importância muito especial à palavra do paciente (que pode ser “cheia” ou “vazia”, de significados), assim mesmo ele também deve rastrear a “cadeia de significantes” que está contida no conteúdo, forma e estrutura da linguagem”. (ZIBERMAM, 1999, p. 56) Neste processo investigativo se reconhece o automatismo de repetição, a importância das impregnações imaginárias, as parcializações de alternativas simbólicas, mas segundo Lacan, “(..) que é a ordem simbólica que é constituinte para o sujeito, demonstrando-lhes numa história a determinação fundamental que o sujeito recebe do percurso de um significante.” (LACAN, 1998, p. 14)

Em Escritos no trecho “logo de saída, nele distinguiremos um drama, a narração que dele é feita e as condições dessa narração. Primeiro como sustentando-se na ordem simbólica. O primeiro diálogo - entre o Inspetor de Polícia e Dupin - desenrola-se como o diálogo entre um surdo e alguém que ouve.” Ou seja, a conversa é estabelecida de forma que não há partilha da mesma cadeia de significantes, tão pouco há um diálogo entre os personagens. “Isto é, ele representa a verdadeira complexidade do que comumente se simplifica, com os mais confusos resultados, na noção de comunicação”. (LACAN, 1998, p. 20) Tendo como resultado de que alguém fala para alguém que nada escuta. “Digamos que essas relações são singulares, pois são justamente essas que o significante mantém com o lugar.” (LACAN, 1998, p. 26)

Partir do entendimento de quem sente, sente de forma unitária, pois abarca suas perspectivas e vivências, que não há igualdade na formação de um produto final, mas o “que está escondido nunca é outra

coisa senão aquilo que falta em seu lugar” (LACAN, 1998, p.55) e assim, através da psicanálise, e seus métodos como a cadeia de significantes o que está contido no conteúdo, forma e estrutura a linguagem na prática de um olhar para além do que é dito. Seja através, do desvendar de desejo inconsciente, seja por sintomas latentes, sejam por questões determinadas como o luto, (...) o querer quebrar padrões geracionais, sem psicologia selvagem, mas, pode ser uma ferramenta de transformação para você protagonizar no seu presente o que você aguenta, deseja, quer e pode lidar.

## CADEIA DE SIGNIFICANTES PARA ALÉM DE LACAN

Outros lugares que temos a contribuição para o ganho de espessura de formação não apenas para o conceito em si, do tema em análise neste capítulo, pois a abordagem humanista que simbolicamente também como Lacan, “flerta” talvez por todos pertencerem ao topo da pirâmide de seus privilégios a época Deleuze e Guattari, em suas obras tecem uma arrogância de detentores das verdades conceituais e de eleger quem é validado e quem será ridicularizado. O fazem, não irei dar luz/palco para tal, mas utilizarei seus escritos na abordagem da importância que a arte exerce na produção de afetos/emoções/sensações, a produção de desejo, sua individualidade e que tudo isso não é estático, sólido ou permanente, mas compõem um sistema rizomático e em constante movimento.

Em seus escritos Deleuze-Guattari descrevem a magnitude dos blocos de sensações geradas pelas obras de arte, mas este iniciar de “borbulhas” que uma obra gera não é uma ação homogênea de largo alcance, mas sim singular, se valendo do seu repertório de correlações, vivências, experiências afetivas/físicas/espirituais, ou seja, a singularidade do seu repertório tem potencial de e para estabelecer percepção e sensações, pois “obra de arte é um ser de sensação.” (DELEUZE-GUATTARI, 1992, p. 67) E assim, nos processos vividos nas dimensões psicológicas adentro da estrutura de cada sujeito, sentimentos e emoções são produzidos, sedimentados e/ou retraídos.

Através de Deleuze e Guattari, podemos estabelecer um olhar de que o objetivo da arte, com seus meios e materiais, é arrancar “o percepto das percepções do objeto e dos estados de um sujeito perci-

piente, arrancar o afecto das afecções, como passagem de um estado a um outro. Extrair um bloco de sensações, um puro ser de sensações.” (DELEUZE-GUATTARI, 1992, p. 69)

E assim, nesta profusão de emoções, afetos e gerações de correlações e/ou gatilhos produzidos a arte (obras) produz o que Lacan e Poe também chamaram de estranhamento, ou seja, não há controle e resultado homogêneo garantido. Pois se desloca o sujeito de seu lugar comum e conhecido (mesmo que esteja emergindo em sofrimento e dor) é um território de previsibilidade, mesmo de puro conflito e nenhuma perspectiva de cessar ou sanar o objeto gerador destes sintomas. E tal prerrogativa de ampliação de percepções pode ser alavancada através de diferentes formas de sentir e perceber, podemos produzir reflexões e um novo pensar, portanto, trazendo para a cena protagonismo como ferramenta para produzir uma política dos afetos, percepções e suas derivações. E por esta envergadura de significância tem poder de/para produzir novas maneiras de viver e de estar junto. (DELEUZE-GUATTARI, 1997)

Também vou somar ao discurso a potência que é o conhecimento para além de receitas prontas e superficiais de autoajuda, que em muitos casos constrói confusões e descompassos emocionais, e para isso utilizarei os escritos de Foucault (2006) com sua genealogia dos processos de subjetivação trazendo a cena a tríade saber/verdade/poder.

Na construção de uma cadeia de significante, são tecidas redes através da análise estabelecendo interpretação do que é dito/narrado, e assim, uma estrutura de significado é construída, onde o analista parte de uma tela em branco, para assim ir introjetando e construindo as correlações que emergem no setting analítico.

Com Foucault, em sua aula sobre A Hermenêutica do Sujeito, no Curso no College de France, no ano de 1982, trata dos processos de subjetivação e singularidade e a tríade saber/verdade/poder, onde traz a discussão o cuidar de si, estabelecendo relações entre prescrições que definem verdades. (FOUCAULT, 2006) E aqui, verdades, estabelecimentos de diretrizes “corretas/certeiras/vigentes/dentro de um padrão” estão entrelaçadas com alguém ou grupo de sujeitos, que irão determiná-las com sua varinha de privilégios (contém ironia, muita), aos

demais viventes será dito/tido como uma ação egoísta. “Estas regras austeras, cuja estrutura de código permaneceu idêntica, foram por nós reaclimatadas, transpostas, transferidas para o interior de um contexto que é o de uma ética geral do não-egoísmo, seja sob a forma cristã de uma obrigação de renunciar a si, seja sob a forma “moderna” de uma obrigação para com os outros.” (FOUCAULT, 2006, p. 17)

E neste território localizado no espraiamento amplo do direito de cuidar de si, na construção de uma narrativa que não só permite, mas promove um conjunto de ações, como Foucault traz como objetivo da supracitada aula que foi a “aceitação geral do princípio de que é preciso ocupar-se consigo mesmo constituiu, a um tempo, um fenômeno cultural de conjunto, próprio da sociedade helenística e romana (de sua elite, pelo menos).” (FOUCAULT, 2006, p. 13) E assim, no transcorrer deste movimento de “acesso à verdade, cuja condição doravante é tão-somente o conhecimento, nada mais encontrará no conhecimento, como recompensa e completude, do que o caminho indefinido do conhecimento.” (FOUCAULT, 2006, p. 23) Ou seja, não há linha de chegada, fim desta jornada pois o cuidar de si, é jornada permanente e ganha espessura, que promete trechos sinuosos e desafiadores para além da rotina de adventos ordinários, mas entrega/pode vir a entregar a tríade saber/verdade/poder. Ou seja, “aquele ponto de iluminação, aquele ponto de completude, aquele momento da transfiguração do sujeito pelo “efeito de retorno” da verdade que ele conhece sobre si mesmo, e que transita, atravessa, transfigura seu ser, nada disto pode mais existir.” (FOUCAULT, 2006, p. 23), ou seja, não há como desaprender, não saber, você já acessou e tal escolha, ato de priorizar sua narrativa privada e primeira te traz poder.

O mapear do que o desejo é, buscar a cadeia de significantes de forma singular, não se utilizando de modelos ou atalhos, pois é através da investigação no setting analítico que ao se acessar o inconsciente do analisando veremos o transbordar como sintoma e suas respostas.

## CONSIDERAÇÕES

Neste texto analisei a origem da cadeia de significantes, seu cenário de formulação e o espraiamento para além de Lacan, ganhando espessura

em diversas áreas do conhecimento e demonstrando que a natureza de cada palavra e seus sentidos são individuais, seja em um setting analítico, seja no deleitar do consumo cultural de obras de arte, expressões musicais, esporte, política, religião, (...). A construção de significância é um processo ativo de produção de subjetividade, onde não haverá gabarito ou respostas certas, mas há o desenrolar de histórias, de fatos e emoções que produzem ou produzirão cicatrizes. Onde você e eu, podemos não sabemos ao certo em qual prateleira a colocar, mas ela está ali latejante (emergindo em sintomas) ou mascarada de tantas formas, mas está ali, ganhando performance e atividade.

No transcorrer desta escrita muitos autores profetizam suas verdades, o que me parece performance corriqueira daqueles que detém poder e interesses de manutenção de seus privilégios. Para além de promover adoecimentos e lucrar com este (indústrias farmacêuticas e de “defensivos” agrícolas, por exemplo) e criar um cenário de pânico e medo, onde enriquece aquele que vence (lucra) e vende a fórmula de cura, e os demais perdem dinheiro, tempo e saúde. É preciso fortalecer a ideia/noção de que temos limitações e que muitas vezes mesmo não sendo algo que te paralisa, o não olhar e dedicar força/dinheiro/tempo, não fará que esta realidade desapareça. Pode por hora ficar menor, hora maior, mas será como um rizoma que contamina diversas esferas da sua existência (família, trabalho, saúde,...), tratar/cuidar/jogar luz a questões que por diferentes motivos marcaram vivencias na primeira infância, lutos, adventos geracionais de família/sociedade/religião é construir protagonismo e desfrutar a possibilidade de uma nova realidade, construída gradualmente e fortalecida pelo processo da análise.

Na base/ponto de partida do conceito da OMS (Organização Mundial de Saúde) – ausência de doença - e o tratar sintomas que são marginalizados em especialidades tradicionais da área da saúde – há uma profusão de sensações e sentimentos entre os extremos e binários, há o que se torna possível para cada ser humano, ou seja, o que cada um aguenta, deseja, quer, pode dar conta ... Mas neste processo precisamos ter protagonismo e responsabilização, pois o ato de interromper a distribuição e terceirizar responsabilidades é uma escolha cheia de

desafios e potência transformadora. Há muitos interesses e interessados na manutenção do jurássico discurso hegemônico, há muita densidade de produtos, tratamentos e especialidades em manter uma sociedade adoecida, amedrontada e sedenta por protocolo que prometem tudo e não entregam nada, e ainda geram um plus de milhares de efeitos colaterais. Por isso, acredito que a terapia psicanalítica tem grande potencial como ferramenta de promover não só uma mudança individual isolada, mas de nível social. Nossa sociedade sobreviveu a uma pandemia que no Brasil atravessou muitos desafios, mas gerou consciência de que negar ou acimentar um problema não o faz desaparecer, e sim ganhar potência com efeitos adversos.

## REFERÊNCIAS

- DELEUZE, G & GUATTARI, F. O que é a filosofia? São Paulo, 34, 1992, p. 220. Tradução de Bento Prado Jr. E Alberto Alonso Muñoz.
- DELEUZE, G & GUATTARI, F. Mil platôs, v. 4. Editora 34. 1997.
- FOUCAULT, Michel. Aula de 6 de janeiro de 1982 - Primeira hora. In.: \_\_\_\_\_. A Hermenêutica do sujeito: Curso dado no College de France (1981-1982). 2ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 03-34.
- LANCAN, Jacque. Escritos. Editora Zahar.1998.
- POE, Edgar Allan. Histórias Extraordinárias: Victor Civita, 1981. Tradução de Brenno Silveira e outros – A carta roubada.
- ZIMERMAN, David E. Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, Técnica e Clínica, uma abordagem uma abordagem didática. Editora Artmed. 1999.

# NÃO RECUAR A CLÍNICA: INTERSEÇÕES ENTRE A PSICANÁLISE E AS TECNOLOGIAS DO CUIDADO NO PERÍODO PANDÊMIC

Giovanna Helloisa da Silva Coelho<sup>1</sup>

Bárbara Breder Machado<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho<sup>3</sup> tem como objetivo debruçar-se sobre as vicissitudes da clínica psicanalítica em um enquadre diferente do elaborado tradicionalmente pelos precursores da psicanálise: o setting remoto. A escolha por essa temática é quociente de uma experiência de estágio supervisionado em clínica psicanalítica, exercido remotamente, em seguimento da pandemia da covid-19. Considera-se, assim, importante versar, neste primeiro momento, uma breve retomada aos elementos que constituíram o cenário pandêmico e seus impactos na manutenção da formação em psicologia e da promoção da saúde mental no Brasil.

A esfera mundial se deparou ao final de 2019 com o que se tornaria o maior desafio sanitário do século 21. O coronavírus se apresentava como um vírus pouco conhecido cientificamente, com alta velocidade de disseminação e capaz de provocar mortes em larga escala, sobretudo em populações mais vulneráveis (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Além disso, o decurso da pandemia impactou diretamente a esfera da educação, incluindo as instituições de ensino superior. Em março de 2020, através da Portaria nº 343, o Ministério da Educação (MEC), preconizou a substituição das aulas presenciais por meios remotos. Contudo, a realização de estágios presenciais permaneceu suspensa até

<sup>1</sup> Especialista em Atenção Oncológica ao Adulto (USP). CV: <http://lattes.cnpq.br/4313274044492414>

<sup>2</sup> Pós-doutora em Psicologia (UFF). Doutorado em Ciência Política (UFF). Professora (UFF). CV: <http://lattes.cnpq.br/6132106075115936>

<sup>3</sup> O presente capítulo é fruto do trabalho de conclusão de curso realizado pela primeira autora orientada pela segunda.

junho, quando por meio da Portaria nº 544, a execução dos estágios em formato remoto passou a ser autorizada.

Permanecia, portanto, a impossibilidade de que os atendimentos clínicos fossem realizados presencialmente, ao passo que havia um aumento da demanda por acolhimento psicológico. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), o afastamento das pessoas de seu círculo social, o enfrentamento do luto de entes queridos e a interrupção dos serviços de apoio para condições mentais contribuíram para um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão no primeiro ano da pandemia.

Por conseguinte, frente a essa conjuntura e partindo do compromisso social da universidade pública para com a sociedade, o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (NUPESM)<sup>4</sup> pertencente a Universidade Federal Fluminense (UFF), constituído por docentes, discentes extensionistas e estagiários, foi pensado e construído coletivamente, em meio a pandemia, como artifício de promoção de saúde mental para a comunidade acadêmica, tendo como uma de suas principais frentes de atuação a oferta gratuita de acolhimento psicológico, realizado por estagiários de psicologia sob orientação psicanalítica.

A escuta clínica, operada como advento da extensão da universidade, ocupou, portanto, importante papel nesse movimento de promover a ética do cuidado e de fazer laço social entre a universidade e a sociedade. Entretanto, para que fosse possível operá-la, foi imprescindível que elaborássemos um enquadre outro. Havendo sido, o modelo remoto uma alternativa, também, preconizada e respaldada pela Resolução nº 04/2020 do CFP, que flexibilizou as orientações e resoluções antes em vigor.

Vemos em tela, que essa experiência foi atravessada por um contexto extremadamente insólito, visto que a psicanálise precisou não recuar aos tempos duros da pandemia, tampouco, a grade curricular fechada de um curso de graduação em psicologia, ao setting com

---

<sup>4</sup> Projeto de extensão coordenado pelas professoras doutoras Bárbara Breder e Beatriz Bueno no Instituto de Saúde de Nova Friburgo e o Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense.

um enquadre diferente do tradicional e a uma pandemia mundial que potencializou as vulnerabilidades sociais. Entendemos, a partir disso, que os 4 discursos teorizados por Jacques Lacan estão intrinsecamente relacionados ao objeto que se pretende investigar neste trabalho. Dado que, fomos convocados, a partir do lugar de estudantes universitários (discurso da universidade), a ocupar o lugar de analistas (discurso do analista) e produzir uma histericização do discurso dos pacientes (discurso da histérica), mediante a um imperativo do discurso do senhor no cenário político (discurso do senhor e do capitalismo). Fazer o giro nesses discursos, conforme veremos neste trabalho, foi tarefa árdua, mas que possibilitou um enlaçamento social, movimento esse, tão caro em tempos de desamparo provocado pelo real.

Possibilitando um contorno final a esse conceito de Lacan, lançaremos luz às tecnologias do cuidado (leve, dura e leve-dura) de Emerson Merhy, conceito amplamente utilizado no âmbito da saúde pública, partindo da apostila de que não somente é possível um diálogo entre a psicanálise e esse campo, mas que essa interlocução foi e é impreverível, principalmente, no contexto pandêmico vivenciado.

### **Psicanálise, transmissão e discurso**

A teoria dos quatro discursos é para Lacan continuidade do que Freud ponderou (1925 - 1937) como os três ofícios impossíveis, onde nas palavras do autor “é quase como se o analisar fosse aquela terceira das profissões “impossíveis”, em que se tem certeza de antemão do resultado insuficiente. As outras duas, conhecidas há muito mais tempo, são o educar e o governar”. Em outros termos, dizer que essas são profissões impossíveis, significa dizer que em sua operação, há sempre algo que sobra, que não pode ser capturado, que escapa a possibilidade à totalização, que tem como caráter o real (BUENO, 2011, p. 79-80).

Assim, a psicanálise desde a sua transmissão através de um profissional da educação até o efetivo exercício da clínica está às voltas desse impossível. No entanto, esse lugar não se apresenta como um obstáculo

ao saber-fazer, mas como a possibilidade de construção de uma prática implicada com seu tempo, sustentada por essa posição de não saber.

Mais tarde, Lacan (1969-1970) atribui uma quarta operação impossível, a de fazer desejar e correlaciona essas profissões aos matemas dos quatro discursos: do universitário (educar), do mestre (governar), do analista (analisar) e da histérica (fazer desejar). Os discursos, também nomeados de quadripodes, são organizados em matemas, divididos em quatro posições fixas. O agente do discurso corresponde ao S1 (significante mestre), o Outro ao S2 (significante), a verdade ao \$ (sujeito) e a produção da verdade é representada pelo  $\alpha$  (objeto). Essas posições se modificam a cada um quarto de giro, fabricando um novo discurso, da seguinte forma:



Figura 1: As posições fixas dos quatro discursos e os quatro discursos do Lacan  
Fonte: Adaptado de Lacan (1969-1970).

Machado (2015, p. 38) sinaliza que os discursos manifestam a relação do sujeito com a verdade, mas esses não se limitam à compreensão da dimensão subjetiva de cada sujeito. Os efeitos dos discursos ressoam nas relações sociais e na cultura. Dessa forma, a análise dos discursos compreende um debruçamento sobre a micro e a macroesfera política.

Lacan enfatiza que a função do discurso é promover laço social. Contudo, como demonstrado por Rosa e Ferreira (2021), em direção oposta ao que foi conceituado por Freud na teoria das identificações, em que o autor atribui esse enlaçamento entre os indivíduos como sendo motivado por algo que partilham em comum, a teoria dos discursos parte do pressuposto que também nos unimos, nos enlaçamos para evitar, recusar, contornar algo que esteja na ordem do impossível - do real.

O encontro com o real é inerente à constituição subjetiva do sujeito, é o registro essencial da realidade humana, bem como o simbólico e o imaginário (LACAN, 1953, p.12). A pandemia do coronavírus, no entanto, desnudou e potencializou o encontro da subjetividade atual da nossa época com o real, como colocado por Ferrari, Januzzi e Guerra (2020). Os referidos autores nos apresentam algumas nuances do encontro com esse registro. Para eles, o vírus mortífero nos convoca a esse lugar, uma vez que nos deparamos com a possibilidade intrínseca de interrupção da vida. O desamparo é acrescido à face selvagem do capitalismo que se revela e opera através de uma necropolítica (Mbembe, 2011) que minimiza o sofrimento e as vidas perdidas, que recolhe os investimentos em saúde e políticas públicas, colocando à margem, sobretudo, aqueles vulnerabilizados socialmente, economicamente e geograficamente (*Ibid.*).

*Ibid.* (p. 566-567) demonstra, através de Miller (2012), que o discurso da ciência e do capitalismo assolam o contemporâneo, de modo a provocar uma fragilização do registro simbólico, onde o nome-do-pai foracuído retorna através do real, compelindo os sujeitos a procurarem o pai severo em instâncias totalitárias que servem ao regime atual. Assim, o que se observa (escuta) no contexto atual é um imperativo de gozo, um mais-de-gozar, que é para Lacan (1969-1970/1992, p.18.) equivalente a mais-valia do capitalismo. Para tal análise, cabe recorrermos ao discurso do mestre e, por consequência, ao do capitalista. Esses discursos são por Lacan matemizados deste modo:

## Discurso do Mestre

## Discurso do Capitalista



Figura 2: O discurso do mestre e o discurso do capitalista

Fonte: Adaptado de Lacan (1969-1970).

O agente no discurso do mestre é representado pelo  $S_1$ , significante-mestre que representa a essência de uma figura autoritária, a do senhor dono de escravos, como aludido por Lacan (1969-1970, p. 19-20), baseando-se no mito de Hegel “Fenomenologia do espírito”. Esse mestre endereça o seu discurso ao saber ( $S_2$ ) que o escravo possui, ao seu *savoir-faire* (Ibid., p. 20). Tem-se em conta, a partir disso, que o escravo não é visto como um sujeito, mas reduzido a um status de objeto, onde o que está em jogo para o senhor é meramente o seu saber, para, então “[...] extrair sua essência para que esse saber se torne um saber de senhor” (Ibid., p. 21). Por conseguinte, o que se produz nesse discurso são objetos de gozo que, ao contrário do almejado pelo senhor, nunca chegam à verdade, à totalidade, já que o sujeito castrado fica escondido nesse lugar (ROSA, 2018).

Para Lacan (1969-1970, 1972), o discurso do senhor decanta na contemporaneidade enquanto discurso do capitalista, ocorrendo uma modificação no lugar do saber, uma inversão no lado esquerdo, a partir do discurso do mestre, onde o agente passa a ser ocupado pelo sujeito barrado e a verdade ocupada pelo significante mestre. A posição das setas indica a não relação existente entre o agente e o Outro, havendo a impossibilidade de se produzir saber. A mola desse discurso é o objeto  $\alpha$  que se dirige ao sujeito, causando desejo através de produtos (gadgets) de consumo (ROSA, 2018). Por fim, o significante-mestre, sem que o sujeito tenha consciência, se endereça ao saber, que ocupa esse lugar de

Outro (Ibid.) Essa não relação entre o agente e o Outro demonstra que o discurso capitalista é um discurso que não faz laço social, havendo, portanto, um declínio dos norteadores simbólicos, o que faz com que os sujeitos introjetem objetos reais.

Desse modo, podemos pensar a implicação que a teoria e a práxis psicanalítica têm com o seu tempo, uma vez que ela nos proporciona aporte teórico para pensar a macro e a microesfera política, além de fazer frente ao capitalismo. O discurso que acionamos diante do real da pandemia e as mazelas por ela acentuada foi justamente o do analista à medida que ele é contrário ao discurso da dominação, pois positiva o lugar de não saber, produzindo resposta ao desamparo sob suporte do simbólico.

O discurso do analista é, portanto, matemizado por Lacan do seguinte modo: o agente diz respeito àquele em que o nome do discurso se articula, “não é forçosamente aquele que faz, mas aquele a quem se faz agir” (Ibid., p. 179). No discurso do analista, esse lugar é ocupado pelo psicanalista que se coloca na função de suposto saber, de objeto  $\alpha$ , a fim de ser causa de desejo e sustentáculo para a fantasia do paciente (Ibid., p. 39). Esse discurso se dirige, portanto, ao analisando, a esse Outro que assume a posição de sujeito castrado, dividido (\$).

O processo analítico é o que possibilita a produção desse discurso: a associação livre, o endereçamento da fala do analisando para este que ele supõe deter a verdade sobre seu sofrimento, o desejo do analista, as intervenções frente às falas do paciente sob transferência dão suporte para que ocorra a travessia da fantasia, de modo a produzir o significante-mestre (S1), que estava até então sob regime do recalque e que dita uma verdade sobre o sujeito.” A partir desse S1, se desencadeia o S2, postulando uma cadeia de significantes que diz respeito a uma verdade, contudo, uma verdade não-toda, um saber que não se sabe, configurando assim a impossibilidade da função analítica, ao mesmo tempo em que é mola impulsionadora desse discurso, já que “é em tal relação, no

entanto, e justamente na medida em que ela não se sabe, que reside a base do que se sabe.” (Lacan, 1969-1970, p. 30).

Somado a esse trecho, faz jus salientar o que Lacan (1971, p. 9) redige em sua obra subsequente, em que salienta que o discurso do mestre, não é na verdade o avesso do discurso do analista, mas sim uma torção própria desse discurso. Entende-se a partir disso que a psicanálise não está imune de se inscrever no discurso dominante, pois sua verdade quando não calcada em um não-saber, serve ao modelo neoliberal, circunscrevendo um saber dominante sobre os corpos, de modo a patologizar àqueles que caminham em direção oposta a essa lógica.

Desse modo, trata-se de uma dialética, pois não há escuta subjetiva sem ter à vista a dimensão macro, ao passo que o contrário também não se faz possível, conforme experienciado na clínica. Não ter recuado a clínica, sobretudo na pandemia, predispos, portanto, uma intervenção dupla, dado que ao mesmo tempo em que se garantiu o acolhimento do sujeito diante do seu sofrimento, também se interveio na macroesfera, fazendo furos no discurso do capitalismo.

A ética de não recuar ao real da clínica e a de estar à altura de nosso tempo, foram norteadores vitais para que pudéssemos construir essa alternativa de estágio em clínica, viabilizando ações no território que estão em consonância com os princípios fundamentais do SUS (Brasil, 1990), a saber: a Universalidade, posto que viabilizamos o acesso à saúde mental de forma gratuita sem distinções de raça, classe e gênero; a Integralidade, pois o NUPESM, como supracitado, promove espaço de prevenção, promoção e recuperação, além de vislumbrar o sujeito em sua dimensão biopsicossocial; Autonomia, visto que o próprio sujeito produz saber sobre si, criando eles mesmo destinos sobre seu sofrimento, servindo a análise apenas como mola impulsora para tal.

## Psicanálise: Trabalho Vivo (em ato)

A psicanálise detém, portanto, compromisso social na esfera das políticas públicas, e deve estar à altura de seu tempo, compreendendo sua dimensão macro e micropolítica. Sobretudo, quando seu lócus de transmissão é a universidade pública, que é produto e produção de política pública. Desse modo, é pertinente acrescer a esse debate interdisciplinar, um conceito amplamente utilizado no âmbito da saúde pública, mas que não encontrara, até então, lugar de diálogo no domínio da psicologia exercida em consultório, seja ele presencial ou remoto: as tecnologias do cuidado.

Merhy e Onocko (1997) definem três dimensões tecnológicas presentes no trabalho em saúde: as tecnologias duras, leve-duras e leves. A dimensão dura diz respeito às máquinas, aos equipamentos tecnológicos, aos procedimentos estruturados, às normas, às estruturas organizacionais. Ou seja, àquilo que diz respeito a um campo objetivo do cuidado, àquilo que pretende a totalização, que está estruturado dentro de um conjunto de normas de funcionamento, que distancia a possibilidade de encontro, de voz à subjetividade. Já as tecnologias leve-duras concernem ao saber que faz operar as tecnologias duras, são relativas ao conhecimento estruturado, portanto, ao escopo teórico de domínio do profissional. Por último, as tecnologias leves ou relacionais compreendem os encontros com o outro, o vínculo, o afeto, o acolhimento, as expressões subjetivas. “É um ponto poroso da produção do cuidado, é onde o agir tecnológico se abre para um acontecer não tecnológico” (MERHY, 2016, p. 64).

À luz dessa conceituação, observa-se, o lugar desses três atos tecnológicos na clínica psicanalítica remota. As tecnologias, em seu sentido restrito, bem como o computador, o tablet, o celular, passam a configurar o lugar de encontro entre psicanalista e analisando. Ambos se veem de forma fragmentada, bidimensional, há um link de acesso que os conectam, um botão que os dão voz ou silenciam, que os fazem

aparecer ou sumir, que possibilita a entrada e a saída na sala virtual. Por diversas vezes, nas supervisões clínicas grupais (também realizadas de modo remoto), compartilhamos a angústia e as dificuldades de escutar o sofrimento do analisando através de uma tela.

O setting clínico sofria interrupções por problemas de conexão de internet, pela dificuldade dos pacientes de terem um espaço privado reservado para a análise, pela ausência da possibilidade de gestos de acolhimento, como oferecer um lenço ou acompanhá-lo até a porta. O manejo da angústia, do luto, do sofrimento se dava estritamente através da palavra, do silêncio ou da tentativa de transmitir determinadas expressões não verbais através da câmera. Há uma dureza presente nesse recurso tecnológico, reforçada pela exacerbação do seu uso em tempos de pandemia, em razão do fato de ter sido a única solução encontrada para a manutenção das relações frente à necessidade de isolamento social. Entretanto, defronte as dificuldades e os desafios há, por outro lado, a reafirmação da potência da clínica viabilizada no suporte da escuta sustentada em transferência.

Na clínica psicanalítica, incluindo a online, há um saber estruturado que se opera, somos ensaiados a construir e expandir nosso campo de conhecimento teórico e prático, a dominar o uso desses instrumentos tecnológicos e a manejá-los possíveis intercorrências. Merhy (1997), menciona a clínica psicanalítica enquanto um instrumento pertencente ao ato tecnológico leve-duro, dado que dispõe de um vasto referencial teórico acerca da compreensão de sujeito e de mundo, além de técnicas sobre o fazer clínico. Esse saber, como mencionado, tem como uma das vias de transmissão e de ensino a universidade.

Lacan (1969-1970) teorizou sobre o discurso que opera na universidade, definindo-o como o quarto giro no discurso, sendo a forma regressiva do discurso do mestre. É neste discurso que a ciência, e, portanto, o ato tecnológico leve-duro se alicerça. Observa-se que o

agente desse discurso é representado pelo saber (S2), lugar dominante que não se direciona a um sujeito, mas a um objeto, representado pelo estudante ( $\alpha$ ), o que demonstra o caráter de passividade desse outro, “o estudante se sente *astudado*. É *astudado* porque, como todo trabalhador - situem-se nas outras pequenas ordens -, ele tem que produzir alguma coisa.” (Ibid., p. 111). O produto desse discurso é o sujeito, contudo um sujeito barrado (Ibid., p. 156), pois, na realidade, não alcança o saber. Passone (2013) analisa a relação existente entre esse discurso e o discurso capitalista, à medida que o imperativo desse discurso revela que seu produto é constituído como um mais-de-gozar, convocando o estudante a consumir - e produzir - conhecimento incessantemente.

Por outro lado, é possível pensarmos as frentes que os estudantes - considerando que todo psicanalista é um estudante à medida que sua formação é contínua, podem realizar em resistência a essa tentativa de assujeitamento operado pelo discurso da universidade. Para tanto, a compreensão de Merhy sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde nos permite mapear esse movimento em direção a uma psicanálise engajada<sup>5</sup>.

Merhy, a partir de noções marxistas, evidencia que o trabalho em saúde, assim como qualquer outro ofício, envolve uma relação de produção à medida que tem como objetivo modificar e produzir algo novo. “Assim, além de orientadas pelos saberes científicos, são também constituídas a partir de sua finalidade social, que é historicamente construída” (MERHY, 2016, p. 63).

Ademais, ao analisar a composição técnica do trabalho, o autor comprehende duas vias existentes: a do Trabalho Morto e a do Trabalho Vivo. O primeiro engloba as tecnologias duras e leve-duras, diz respeito

<sup>5</sup> Nossa defesa por uma psicanálise engajada, diz respeito a não recuar frente ao desafio de avançar com norteia dores progressistas da leitura da psicanálise, atualizando-a ao tempo presente. Por exemplo, sustentando o discurso de despatologização da diversidade sexual, das identidades dissidentes, e mapeando conceitos que nos habilite, a partir do letramento racial e de gênero, a compreender os domínios de opressão e a forma que se tornam introjetados na condição subjetiva. (Machado, 2024)

ao corpo teórico e técnico que opera determinado dispositivo, àquilo que está cristalizado, instrumentalizado, valorando nossa posição de objeto que reproduz incessantemente uma prática, como é o caso do discurso da universidade. O trabalho morto é, portanto, transpondo à clínica remota, o instrumento tecnológico utilizado para tais atendimentos e o saber engendrado que materializa esse saber técnico. Entretanto, como trabalhado, o discurso do analista sinaliza que para que haja um trabalho analítico, é precisamente necessário, que deixemos de lado o saber, e passemos a escutar a verdade produzida pelo próprio sujeito sobre o seu sintoma.

Pode-se nomear, portanto, esse movimento de escuta subjetiva realizado pelo discurso do analista, em que ele convoca o sujeito para associar livremente de Trabalho Vivo em Ato, pois diz respeito a um processo produtivo, capaz de fabricar novos acontecimentos micropolíticos, de desengendrar saberes instituídos e de fazer laço social. Além disso, Merhy (1997, p. 30) sinaliza que o arcabouço teórico psicanalítico não pode dar conta de todas as dimensões do processo analítico, à medida que existe uma imprevisibilidade no tratamento, a singularidade de cada caso faz com que não possamos prever o percurso e o desfecho desse processo.

É nesse trabalho vivo (em ato), do processo analítico, que se produz a histerização do discurso. O discurso da histérica, é a passagem do discurso do mestre para o discurso do analista, funda a psicanálise ao afirmar nossa posição de não saber diante da impossibilidade de captura do inconsciente.

A histérica assume sua condição de sujeito dividido (\$), demandando do analista uma verdade, um saber sobre sua condição, questionando seu lugar de suposto saber. O analista conduz, assim, a análise para a produção de um saber. Entretanto, há sempre algo que escapa à possibilidade de totalização, produzindo o objeto ( $\alpha$ ). Para Lacan, esse discurso é substancial para que qualquer análise aconteça, ele demarca a

entrada em análise, pois a posição de suposto saber do analista é substrato para que a relação transferencial aconteça.

Lacan (1969-1970) e Merhy (1997) sinalizam que os discursos e as tecnologias, respectivamente, acontecem de forma simultânea. Ou seja, concomitantemente há um agir tecnológico duro, leve-duro e leve acontecendo. O mesmo se passa com os quatro discursos, não há a soberania de um em detrimento de outro. Entretanto, o profissional tem autonomia para definir quais armas tecnológicas irá utilizar em seu ofício, sobre qual será sua implicação no ato de cuidar, se irá governar sua prática a partir de uma resposta, de um saber instituído sobre o processo analítico e o analisando, ou se, através do ato de possibilitar que se incendeie na análise o desejo expresso na fala associativa do paciente. Isto é, “reconhecer o outro como legítimo desejante e sabido é marcante, para que a produção do cuidado seja não só mais competente, mas também baseada na vida e sua produção.” (MERHY, 2013).

Por outro lado, pode-se aferir, que, na realidade, o psicanalista tem como única alternativa de realização de trabalho, atuar perante a noção de um agir tecnológico leve, que é como o discurso do analista propriamente o faz. Afinal, o desejo do analista não é outro senão fazer o sujeito falar. Fala essa que só recebe status de fala analítica quando sob transferência - condição sine qua non para qualquer análise. Assim, se no setting, o analista aciona, um discurso ou um agir tecnológico outro, que não esse, não se pode inferir que aquele processo é, genuinamente, um processo psicanalítico.

## CONSIDERAÇÕES

A pandemia impôs, portanto, um desafio transdisciplinar ao provocar terremotos na esfera privada e macropolítica. Desnudou a fragilidade do corpo orgânico e psíquico, emergiu as fraturas sociais e o nosso desamparo simbólico frente ao real. Diante disso, fomos convocados,

enquanto psicólogos em formação a expandir extramuros os saberes e práticas adquiridos na formação, a responder a esse impossível, mesmo com a inviabilidade de estar fisicamente presente no setting clínico. Entretanto, calcados em uma ética psicanalítica, partimos de uma posição de não-saber, acionando o discurso do analista e histericizando o nosso próprio lugar, o que nos permitiu produzir algo novo, engajado com a subjetividade de nossa época. Ao mesmo tempo em que a psicanálise foi sustentáculo para pensarmos a macropolítica, e intervir nela a partir da clínica. Afinal, “() a psicologia individual é também, desde o início, psicologia social, num sentido ampliado, mas inteiramente justificado.” (FREUD, 1921, p. 35). Desse modo, mesmo com a queda do setting tradicional, a psicanálise positivou o seu lugar de trabalho vivo (em ato), se adaptando, se reconfigurando, sem deixar de ser psicanálise - e sendo psicanálise justamente por essa razão. O movimento histórico psicanalítico nos impele a ocupar esse lugar de produção, que é sobretudo um lugar de produção de desejo. A psicanálise sempre foi resistência - no sentido político da palavra. Freud não recuou a clínica com mulheres histéricas, Lacan não recuou a psicose e nós não recuamos ao setting clínico remoto em meio a maior pandemia mundial.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007.** Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <https://is.gd/ZHmtKn>. Acesso em: 26 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080/90.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Portaria nº 343, de 17 de março de 2020.** Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://is.gd/p3HGmT>. Acesso em: 25 maio 2022.

BRASIL. **Portaria nº 544, de 16 de junho de 2020.** Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais, enquanto durar a situação de pandemia do novo coronavírus - Covid-19, e revoga as Portarias MEC nº 343, de 17 de março de 2020, nº 345, de 19

de março de 2020, e nº 473, de 12 de maio de 2020. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://is.gd/h9jTxh>. Acesso em: 25 maio 2022.

BUENO, C. M. O. **A Denegação do Mestre:** os discursos da dominação e o mal-estar contemporâneo. 2011. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<https://is.gd/epZWAY>>. Acesso em: 14 jun. 2022.

FERRARI, I. F.; JANNUZZI, M. E. S.; GUERRA, A. M. C. Pandemia, necropolítica e o real do desamparo. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** [online]. 2020, v. 23, n.3, p. 564-582. Disponível em: <<https://is.gd/eMGclG>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

FREUD, S. (1913). Prefácio a juventude desorientada, de Aichhorn. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 161-163.

FREUD, S. (1921). Psicologia das massas e análise do eu. In: FREUD, S. **Obras completas volume 15:** Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923). São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

FREUD, S. (1937). A análise finita e a infinita In: **Fundamentos da clínica psicanalítica.** Obras Incompletas de Sigmund Freud. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

LACAN, J. (1953). Simbólico, Imaginário e Real. In: Lacan, J. **Os Nomes do Pai.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

LACAN, J. (1953). Função e Campo da fala e da linguagem. (Trad. V. Ribeiro). In **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LACAN, J. (1969-1970). **O Seminário, Livro 17:** O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

LACAN, J. (1971). **O Seminário, Livro 18:** de um discurso que não fosse semelhante. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

LACAN, J. (1972). **Do discurso psicanalítico.** Tradução: Sandra Regina Felgueiras.

LACAN, J. (1974-75). **O Seminário, Livro 22: RSI.** Tradução não publicada.

MACHADO, Bárbara Breder. "Política e Psicanálise: (des) encontros entre Lacan e Foucault, Belo Horizonte/MG: Caravana, 2024.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. L.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy E.E.; Baduy, R. S., Seixas C. T. et al. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde:** surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexit; 2016. p. 59-73.

MERHY, E. L. (2013) Ver a si no ato de cuidar: Educação Permanente na Saúde In **VER-SUS Brasil:** cadernos de textos / Associação Brasileira da Rede Unida: organização de Alcindo Antônio Ferla, Alexandre de Souza Ramos, Mariana Bertol Leal, Mônica Sampaio de Carvalho.

– Porto Alegre: Rede Unida, 106p. – (Coleção VER-SUS/Brasil). Disponível em: <https://is.gd/PNBGh4>. Acesso em: 12 set. 2022.

PASSONE, E. F. K. Psicanálise e educação: o discurso capitalista no campo educacional. **ETD**, Campinas, v. 15, n. 03, p. 407-424, dez. 2013. Disponível em: <<https://is.gd/PECa2d>>. Acesso em: 10 set. 2022.

ROSA, E. M. **Os discursos de Lacan**. 2018. Monografia (Especialização em Psicologia Clínica). - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://is.gd/pSTp9r>. Acesso em: 25 jun. 2022.

ROSA, M. D.; FERREIRA, I. G. Acontecimento e ato: reflexões da psicanálise sobre as reper-  
cussões de Maio de 1968. **Psicologia USP** [online]. 2021, v. 32. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-6564e200130>>. Acesso em: 17 jun. 2022.

WERNECK, G.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma  
crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00068820, abr. 2020.  
Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00068820>>. Acesso em: 11 maio 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19 pandemic triggers 25% increase in  
prevalence of anxiety and depression worldwide**. Disponível em: <https://is.gd/PExjOD>.  
Acesso em: 09 maio 2022.

# PSICANÁLISE INSTITUCIONAL NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: QUAL O LUGAR DOS VIGILANTES NAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL?

Allan Rooger Moreira Silva<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica objetivou a desmobilização de hierarquias nas instituições de saúde mental, operando uma verdadeira revolução nas relações hierarquizadas constituídas de outrora. Essas vinculações organizacionais se sustentavam no poderio médico e na centralidade do hospital psiquiátrico como lugar unívoco de tratamento para a loucura. Tal contexto no qual o médico alienista desponta como figura central, encarnando a instituição asilar como seu único lócus de atuação, é fruto da ligação da prática médica com uma racionalidade científica advinda do pensamento cartesiano (Foucault, 1977, p. 7). Nem sempre apreendida através desse prisma, a loucura foi abarcada no paradigma asilar como adoecimento, espelhando diretamente o médico e o hospital como únicos garantidores do seu tratamento (Foucault, 2010, p. 464).

Fruto dos ensejos e lutas do movimento antimanicomial e do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Humanização (PNH) surge com o intuito de apontar que outros atores são cruciais dentro dos serviços de saúde mental, diluindo a problemática centrada na autoridade médica descrita anteriormente. O mote dessa política é que processos efetivos no campo da saúde pública se dão através de uma construção compartilhada, incluindo gestores, trabalhadores em geral, usuários e seus familiares, sendo o enfretamento das relações de poder um dos seus objetivos (Brasil, 2013).

Essa discussão diz diretamente das equipes de saúde mental e seus componentes. Embora os ventos da Reforma Psiquiátrica tenham

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia e Saúde Mental (UPE). Psicólogo (HUP). CV: <https://is.gd/mK8JbV>

alargado o entendimento de quem são os profissionais componentes das equipes, ainda há uma clara cisão entre a equipe dita propriamente de saúde, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, e um grupo de trabalhadores considerados de suporte (Ferigato; Campos; Ballarin, 2007). Assim, funcionários como vigilantes, porteiros e serventes gerais ocupam um lugar de exclusão dentro dos serviços de saúde mental.

A não integração desses profissionais na equipe é fruto de uma dinâmica complexa, necessitando de uma análise do contexto institucional, bem como da relação que o serviço estabelece com o Estado, pois é dele que a organização de diretrizes advém. De acordo com Silva e Caneiro (2022) Os documentos oficiais do Ministério da Saúde não incorporam esses profissionais nas equipes por operarem uma verdadeira forclusão, uma rejeição simbólica, contribuindo para essa invisibilização. Ademais, há um recalcamento institucional, uma vez que ao mesmo tempo em que são não integrados ao todo, são demandados a realizar ações terapêuticas no cotidiano dos serviços, como escutar pacientes e seus familiares. No caso específico dos vigilantes, há também a demanda de ajuda na realização de contenções.

Exemplificando a rejeição simbólica colocada em prática pelo Estado, ao tratar dos componentes das equipes nesse contexto, os documentos oficiais do Ministérios da Saúde chancelam que uma equipe, dependendo do porte do serviço, deve ser constituída por profissionais de nível superior tais como: médico com formação em saúde mental; psiquiatra; enfermeiro; psicólogo; assistente social; terapeutas ocupacionais. Já no caso de profissionais de nível médio, tem-se que essa categoria engloba técnico e/ou auxiliar de enfermagem; técnico administrativo; técnico educacional e artesão (Brasil, 2013). Sendo assim, a equipe de vigilância nem chega a figurar nas orientações oficiais do Ministério da Saúde.

Mesmo que não tenha propriamente exercido a Psicanálise no terreno da saúde pública, Freud (1919[1918]/1996, p. 180) em Linhas de Progresso da Terapia Psicanalítica já indicava que a ciência do inconsciente poderia adentrar nesses espaços institucionais e aí produzir um saber eficiente. Em Proposição de 9 de outubro sobre o psicanalista da Escola, Lacan (2003, p.251) introduz o entendimento de que a psicanálise

pode ser operacionalizada em intensão ou extensão, sendo esta última conceituada como tudo o que presentifica a psicanálise no mundo. Essa caracterização de uma psicanálise alargada abre espaço para a legitimidade da prática analítica em outros contextos que não no consultório, a exemplo da problemática retratada neste capítulo.

Nessa perspectiva, a compreensão acerca da possibilidade de as instituições serem tomadas como objeto de análise floresce nas Ciências Humanas em meados dos anos 1960 (Hess, 1975, p. 14). O campo da análise institucional irrompe na Europa através de inúmeras críticas feitas ao que era reproduzido dentro das escolas, dos hospitais, que remetia a segregação. O entendimento é que a instituição não passa ilesa ao que acontece no campo social, atualizando ela própria tensões sociais, ideias e práticas excludentes (Lourau, 2014, p. 21). Destacam-se nessa conjuntura duas frentes profícuas e organizadas de prática e pesquisa, a Psicoterapia Institucional e a Socioanálise. Essas apreensões das instituições têm escopo próprio de atuação, mas o que possuem em comum é se orientarem pela Psicanálise.

Já na América Latina, surge a Psicologia Institucional capitaneada por Bleger e Pichon-Rivière. Para eles a instituição designa um campo-objeto de prática analítica, onde o psicólogo se volta para atividades sociais mais engajadas na promoção de saúde (Bleger, 1984, p. 31). Em suma, a Psicologia Institucional pode produzir uma psico-higiene ao adentrar nos serviços de saúde, observando não apenas aspectos de adoecimento, mas sim o estabelecimento de estratégias promotoras de cuidado (Bleger, 1984, p. 32). O próprio movimento propulsor da Reforma Psiquiátrica no Brasil absorveu fortemente essas ideias, discutindo o lugar da instituição como depositária ou não de práticas segregadoras no campo da loucura.

Partindo desse ideário, o relato de experiência que será descrito nesse capítulo trata de uma leitura psicanalítica realizada em um hospital psiquiátrico de referência no estado de Pernambuco, circunscrevendo diagnosticamente a exclusão ocorrida com a equipe de vigilância e indicando uma intervenção grupal no referido hospital com o propósito de dirimir os efeitos da invisibilização, alçando os vigilantes à uma categoria de verdadeiros operadores terapêuticos da saúde mental.

## DESENVOLVIMENTO

O hospital palco de desenvolvimento dessa experiência é atualmente a única emergência psiquiátrica de Pernambuco, sendo um espaço de referência no estado em ensino e pesquisa. Ademais, tal instituição é lócus de prática de vários programas de residência profissional (Medicina, Enfermagem e Psicologia). Por ser componente da rede urgência e emergência (Rede RUE) os leitos para internações de adultos são de curta duração. Cada um dos setores da instituição fica sob a responsabilidade de uma equipe composta por enfermeira (o), técnicos de enfermagem, psicólogas (os), assistentes sociais, terapeuta ocupacional, psiquiatra, serventes gerais, porteiros e vigilantes. Todos trabalham em regime de plantão, diurnos e noturnos.

Cabe salientar que o hospital aqui em tela, por se tratar de uma emergência psiquiátrica, recebe pacientes em profundo sofrimento psíquico. Sabemos que o terreno da clínica das psicoses impõe inúmeras dificuldades para os trabalhadores da saúde mental, pois o vínculo estabelecido entre o paciente interno e o profissional se dá de maneira muito intensa, muitas vezes através de quadros de paranoíta ou erotomania. Para Lacan (2010, p.93) essa certeza delirante típica dos quadros de psicose, seja da perseguição na paranoíta ou no amor de erotomania, faz com que o paciente apresente uma relação muito específica com a realidade, podendo englobar todos os profissionais nessa realidade psíquica mortífera.

Antes da atenção se voltar para a equipe de vigilância de forma analítica e com o objetivo de intervir terapeuticamente na busca de uma integração institucional, esses profissionais entraram no foco na gestão do hospital por estarem apresentando uma série de problemas na lida cotidiana com os pacientes. Já de início uma questão se coloca, uma vez que os vigilantes são designados para o hospital com o intuito de proteger o patrimônio e não para manejar os excessos da loucura. Porém, no trânsito cotidiano essa separação não ocorre, pois eles são demandados constantemente pelos usuários, seus familiares, bem como por outros membros da equipe de saúde. Sendo assim, há um empuxo institucional que convoca esses trabalhadores não no lugar de cuidadores de patrimônio e sim de cuidadores de pessoas, notadamente pacientes.

Viganò (2007) aponta que os profissionais que estabelecem um contato permanente com os usuários internos dos serviços de saúde mental, à exemplo dos vigilantes, ocupam um lugar privilegiado de intervenção. Porém, isso também pode ser algo muito nocivo, já que a proximidade com a loucura pode ensejar afetos negativos nesses trabalhadores e desencadear comportamentos agressivos, como uso de força desnecessária nos casos de contenção, elevação no tom de voz, numa postura realmente sádica. No caso aqui relatado era exatamente o que estava ocorrendo no seio do serviço, como um verdadeiro sintoma institucional. Esse impasse fez com que a direção do hospital demandasse de um psicanalista uma intervenção nessa seara.

Silva e Carneiro (2022) apontam que a exclusão desses trabalhadores dentro dos serviços de saúde também é responsabilidade da própria equipe considerada técnica, uma vez que por não inserirem tais profissionais em atividades educativas e teóricas acabam contribuindo para um abandono formativo. Como efeito disso temos uma série de efeitos na clínica cotidiana, como irrupções de energia deletéria, as quais vão na contramão de uma prática humanizada e terapêutica esperada dos profissionais que lidam com a experiência da loucura e seus excessos. Assim, o curso formativo próprio dos vigilantes não compreende temáticas de saúde mental, sendo responsabilidade do serviço no qual eles são inseridos prover uma especialização que faça com que eles consigam se apropriar de uma linguagem comum para atuar num contexto terapêutico.

Pensando no que Lacan (2008, p. 14) indica ser uma práxis, a saber, tudo o que visa tratar o real pelo simbólico, a metodologia adotada pelo analista convocado pela gestão do hospital para alcançar os objetivos foi o empreendimento de grupos operativos. Como propósito geral, objetivou-se instaurar no serviço o reconhecimento de que os vigilantes são componentes da equipe e que também são promotores de cuidado. Já como finalidade específica, buscou-se a integração deles junto aos outros operadores clínicos de saúde mental, visando sua responsabilização enquanto agentes fundamentais, humanizando suas práticas através de grupos de aprendizagem.

A intervenção foi iniciada em 2021 e está em curso, tendo como foco o reconhecimento dos vigilantes enquanto componentes da equipe de saúde mental do hospital e sua real inserção no meio institucional. Como o grupo operativo é um grupo de aprendizagem, o mote é discutir temas pertinentes ao campo da saúde mental, como toxicomania, abordagens sobre a loucura, disposição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e outros. Os grupos operativos acontecem nos turnos diurnos e noturnos, com o intuito de abranger toda a equipe de vigilância.

Explicitando melhor a escolha desta metodologia, Pichon-Rivière (2005, p. 86) argumenta que assuntos difíceis, como os relacionados ao campo da loucura, colocam-se enquanto um objeto epistemofílico, algo complexo e angustiante de ser apreendido pela racionalidade, propiciando animosidades nos sujeitos que tentem abarcá-lo. O obstáculo imposto pelo objeto epistemofílico pode ser ultrapassado pelo grupo, na medida em que o processo grupal dilui, fragmenta, entre os participantes a ansiedade advinda do objeto. Também propicia uma elaboração do objeto a ser conhecido através de uma assimilação e reestruturação de referenciais mentais que os participantes tinham anteriormente a participar do grupo.

Para Pichon-Rivière (2005, p. 88) as situações reais de aprendizagem se dão em grupo, pois nesse contexto é possível que cada participante traga quais suas impressões e como foi convocado em relação a determinado assunto. Com isso foi possível fazer um diagnóstico desse impasse institucional, uma vez que durante o funcionamento da intervenção os vigilantes relataram como não se sentiam reconhecidos profissionalmente e apagados dentro do hospital. Nesse sentido, indicaram que em situações cotidianas do serviço nem sequer eram cumprimentados ou escutados pelos outros profissionais de saúde.

O grupo operativo tem, ademais, a finalidade de produzir o que Pichon-Rivière (2005, p. 88) chama de Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO), o qual se trata de um discurso referencial comum entre todos os membros de uma equipe. Como já dito anteriormente, é fundamental que os vigilantes tenham um entendimento teórico acerca dos fenômenos comumente observados nos serviços de saúde mental, conseguindo assim balizar suas práticas de maneira mais assertiva. A

construção desse ECRO também permite que eles possam adentrar discursivamente em um campo comum de trocas simbólicas com os outros profissionais do hospital, baseando suas impressões em formulações científicas e efetivas.

Todo esse trabalho é importante para que haja uma reabilitação desses profissionais no seio institucional, operando uma mudança na percepção dos serviços de que esses trabalhadores são estranhos aos ambientes de saúde. Esse estranhamento se dá porque a representação da equipe de vigilância remete a instituições correcionais, como prisões. Lourau (2014, p. 19) afirma que toda instituição possui uma finalidade oficial, porém outras funções ficam inconscientes no estofo institucional. No caso do hospital em questão, um serviço de saúde, a finalidade oficial é terapêutica, de cuidado, não englobando esta função inconsciente dos vigilantes.

Freud aponta em *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* ([1921]1996, p. 89) que o movimento coletivo, formado através de uma cola grupal, é responsável pela emergência de afetos negativos e pelo que ele chama de narcisismo das pequenas diferenças. Essa constatação freudiana pode ser pensada na discussão posta por este capítulo, no sentido em que a equipe considerada verdadeiramente de saúde se sente afetada narcisicamente em considerar também os vigilantes enquanto profissionais de saúde, uma vez que esses trabalhadores por não terem uma formação acadêmica são relegados a funções consideradas subalternas dentro dos serviços. Essa diferenciação baseada em critérios narcísicos afeta diretamente o trabalho clínico, dificultando a integração de todos os profissionais no manejo dos casos.

Esse impasse só pode ser ultrapassado com o estabelecimento do que Figueiredo (2005) chama de transferência de trabalho. Nesse tipo de vínculo há o surgimento de uma ligação entre pares, visando um enlaçamento produtivo da equipe. Para que isso dê é fundamental que haja um desejo de cada membro da equipe em considerar o outro profissional como um parceiro na clínica. A experiência relatada aqui vem sendo exitosa nesse sentido, visto que após a participação nos grupos de aprendizagem os vigilantes começaram a conseguir partilhar

com os demais profissionais de um conhecimento comum, viabilizando um verdadeiro reconhecimento da equipe de vigilância também como equipe terapêutica de saúde.

Portanto, a intervenção empreendida tem o poder de alterar essa lógica, dado que Freud nos ensinou que o psicanalista tem como incumbência demonstrar a existência do inconsciente e revelar questões que daí possam surgir (Freud, 1919[1918]/1996, p. 173). O empreendimento deste trabalho numa emergência psiquiátrica pode servir de exemplo para outras instituições de saúde mental, onde esses trabalhadores figuram no quadro de funcionários, levantando essas resistências e ajudando a superá-las.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção clássica do tratamento para a loucura colocou a figura do médico como único profissional detentor de um saber capaz de perscrutar sua verdade. Nesse contexto, o alienista desponta como encarnando a instituição hospital e sendo o principal profissional desse espaço de saúde. O movimento da Reforma Psiquiátrica surge e questiona essa lógica, indicando uma descentralização do hospital e, por conseguinte, diluindo o poderio médico. Isso fez com que o entendimento da equipe de saúde mental fosse alargado.

Mesmo com todos esses avanços ainda ocorre uma clara cisão entre quem é considerado verdadeiramente da equipe de saúde e uma equipe chamada de suporte. A diferença se dá no campo do conhecimento científico, fragmentando a equipe, porém no trânsito cotidiano dos serviços de saúde mental essa divisão é questionada pelos pacientes, que independentemente da formação do profissional, seja ele psicólogo ou porteiro, vigilante, convoca todos igualmente para realizar atividades terapêuticas.

A exclusão desses profissionais que ocorre dentro dos serviços de saúde mental não é fruto apenas das diretrizes que emanam da esfera estatal, mas também das próprias equipes e instituições de saúde. Quando o Ministério da Saúde indica quais são os profissionais componentes das equipes ocorre uma rejeição simbólica de trabalhadores como vigilantes, uma vez que eles nem chegam a ser mencionados nos documentos oficiais. Já do ponto de vista interno aos serviços, uma

invisibilização também ocorre, pois a equipe dita técnica não integra os vigilantes nas atividades terapêuticas e não reconhecem esses trabalhadores como profissionais de saúde.

Para intervir nessa seara foi realizada uma análise diagnóstica do problema através da Psicanálise e uma intervenção baseada na metodologia psicanalítica de grupos operativos. Essa ação analítica e institucional visou alterar o status desses trabalhadores dentro do hospital psiquiátrico onde a atividade se desenrola, passando de um entendimento de vigilantes patrimoniais para operadores terapêuticos da saúde mental através de uma humanização de suas práticas. Para que esse objetivo fosse alcançado era preciso que houvesse uma introdução desses trabalhadores em temas concernentes ao campo da saúde mental e isso foi alcançado por meio da participação deles em grupos de aprendizagem.

Assim, foi instaurado um terreno simbólico, no qual os vigilantes poderiam participar das discussões com outros profissionais e balizar suas ações de maneira mais assertiva. Espera-se que essa experiência de intervenção exitosa possa servir de modelo para outras instituições de saúde mental e ratifique a importância fundamental da psicanálise realizada em extensão diante de demandas contemporâneas.

## REFERÊNCIAS

- BLEGER, José. Psico-Higiene e Psicologia Institucional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. 1. ed. 1. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://is.gd/WEo4bd>. Acesso em: 13 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual\\_ambientes\\_caps\\_ua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf). Acesso em: 13 set. 2025.
- FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da UNESP, Assis, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. Mental, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 43-55, nov. 2005. Disponível em: <<https://is.gd/tj87RO>>. Acesso em: 17 ago. 2025.

- FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
- FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- FREUD, Sigmund. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: SALOMÃO, Jayme (Org). *Uma neurose infantil e outros trabalhos*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Texto original publicado em 1919 [1918]).
- FREUD, Sigmund. *Psicologia de Grupo e a Análise do Ego*. In: SALOMÃO, Jayme. *Além do Princípio de Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos* (Org). Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Texto original publicado em 1921).
- HESS, Remi. *La Socianalyse*. Paris: Éditions Universitaires, 1975.
- LACAN, Jaques. Proposição de 9 de outubro sobre o analista da Escola in: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- LACAN, Jacques. *O seminário: livro 3. As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010.
- LACAN, Jacques. *O seminário: livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008. (Obra original publicada em 1963-1964).
- LOURAU, René. *Análise Institucional*. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.
- PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- SILVA, Allan Rooger Moreira; CARNEIRO, Henrique Figueiredo. Profissionais Forcluídos e Recalcados das Práticas em Saúde Mental. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 360-379, jan. 2022. Disponível em: <https://is.gd/CnPb4B>. acessos em 16 ago. 2025. Epub 17-Maio-2024. <https://is.gd/UmwVF3>.
- VIGANO, Carlo. Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira. *CliniCAPS*, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. x, dez. 2007. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198360072007000300002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198360072007000300002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 set. 2025.

# ABRE A RODA QUE TEM MULHER NO SAMBA

Clarisse Machado Vieira<sup>1</sup>

Simone Pedro Vieira<sup>2</sup>

Bárbara Breder Machado<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

Este capítulo<sup>4</sup> tem como objetivo, refletir sobre os aspectos políticos interseccionais presentes na construção do samba na sociedade brasileira, a partir da cultura afro-brasileira. Na medida em que esta experiência que vai se formando, desde sua origem, como um modo de enfrentamento à lógica colonial, com seus modos de compartilhamento e resistência que são forjadas, frente a ausência de espaço para a população negra na sociedade racista, branca e colonial. Ou melhor, se na cultura colonial racista o lugar destinado a pessoas negras, sequestradas e escravizadas é a subserviência, a desumanização e a expropriação de corpos e trabalho, podemos entender o samba na cultura brasileira como uma expressão que desafia este aprisionamento ideológico, na medida em que faz dos corpos sede de arte, potência criativa alegria e expressão humana.

Assim, o samba constrói vias possíveis para sua permanência enquanto lugar de festividade, coletividade e denúncia, nas casas, nos quintais e posteriormente nas avenidas. Além disso, buscaremos pensar as mulheres no samba, a partir da especificidade delas na construção do gênero musical, tendo em vista que, apesar de serem grandes responsáveis pela manutenção e movimentação das tradições e culturas afro-brasileiras- inicialmente representadas pela figura das tias baianas -, pouco são os registros delas em papéis ativos no samba, enquanto produtoras de

<sup>1</sup> Graduada em Psicologia (UFF). CV: <http://lattes.cnpq.br/4812240648435634>

<sup>2</sup> Especialista em Literatura, Memória Cultural e Sociedade (IFF). Cientista Social (UENF). CV: <http://lattes.cnpq.br/524362226339481>

<sup>3</sup> Doutora em Ciência Política (UFF). Docente (UFF). CV: <http://lattes.cnpq.br/6132106075115936>

<sup>4</sup> Este capítulo é fruto do trabalho de conclusão de curso de bacharel em psicologia, da primeira autora, orientada pela segunda e terceira autoras no curso de psicologia do Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, da Universidade Federal Fluminense em Campos dos Goytacazes.

cultura. Assim, ao trazer esse olhar interseccional para o samba, levamos em conta as formas que se firmaram as relações de gênero nesse contexto e os marcadores sociais que atravessam e constituem a sociedade brasileira. Desta forma, além do marcador de gênero, buscaremos discutir como o racismo atravessa a subjetividade das pessoas negras, uma vez que a branquitude impõe como ideal aquilo que se deve buscar, a partir de um ideal branco e universal. Dessa forma, por meio do debate de autoras como Neusa Santos Souza, Grada Kilomba e Lélia Gonzalez, é possível articular o lugar da enunciação, presente também no samba, que demarca um lugar político, de mobilização popular, de reivindicação através das canções, resistência e afirmação do sujeito(a) negro(a).

## DESENVOLVIMENTO

Ao localizar as mulheres no samba e pensar em uma abordagem interseccional, há de se levar em conta as formas que se firmaram as relações de gênero nesse contexto, se havendo com o patriarcado e o racismo que constituem a sociedade brasileira. Inicialmente, é importante deixar claro que as mulheres sempre exerceram papéis fundamentais de construção, manutenção, resistência e movimentação das tradições e culturas afro-brasileiras (Moura, 2022). Rodrigo Gomes, no artigo intitulado “Pelo telefone mandaram avisar que se questione essa tal história onde mulher não tá: a atuação de mulheres musicistas na constituição do samba da Pequena África do Rio de Janeiro no início do século XX” (2013), vai discutir sobre a atuação das mulheres nesse contexto do samba e suas contribuições para a consolidação e construção desse gênero musical que também possui muitas faces femininas, sustentando que “[...] apesar do imenso interesse no samba enquanto expressão cultural brasileira, grande parte dos estudos subestimou a importância da produção musical das mulheres e dos elementos femininos constituintes desta manifestação” (Gomes, 2013, p. 177). Nessa perspectiva, estudar as mulheres no samba é pensar através do entendimento dos diversos sistemas de poder que se comunicam mutuamente, abrindo espaço para articular os impactos nas subjetividades desses sujeitos.

Historicamente, com os processos de escravização e pós abolição foi-se desenhando um certo matriarcado, visto que muitas mulheres se reergueram com tal força que sustentaram as famílias a partir das suas habilidades domésticas e culinárias. Esse lugar de referência das mulheres tanto na família quanto na comunidade se dá à medida que a aparente liberdade da abolição provoca um grande descompasso de falta de perspectivas para os ex-escravizados (Moura, 2022). Portanto, é das mulheres que “[...] muito dependerá o destino e a continuidade do grupo, o poder redefinido entre os sexos, a poligamia africana dos machos superada pelo matriarcalismo que se desenha nos bairros afastados de Salvador, como depois aconteceria no Rio de Janeiro” (Moura, 2022, p. 40).

Sobre a ideia de matriarcalidade, vinculada ao contexto da Pequena África, Gomes (2013), afirma:

refere-se a um conjunto de relações, amizade, parentesco sanguíneo, parentesco religioso (pai, mãe e irmãos de santo) que está centralizado na figura de uma matriarca Tiamãe-avó, que é o centro das interações de uma rede a partir da qual se multiplicam as relações entre todos os outros membros (p. 179).

Nessa perspectiva, as Tias Baianas são importantes e influentes referências para a manutenção da cultura afro-brasileira, assim como para o início do samba que vai se definindo nas terras cariocas. Eram elas que “estavam anonimamente construindo o carnaval e o samba carioca, recriando tradições culturais, e deixando filhos e netos engajados nesse compromisso com a festa, a alegria, a expressão artística negra e popular” (Cavalcanti, 2023, p. 93). A relevância tanto em relação a posição religiosa no candomblé, que muitas ocupavam, quanto na comunidade em geral - visto que uma coisa influenciava a outra - dava a elas lugar de protagonismo na continuidade dos cultos e das tradições, gerindo funções de trabalho coletivos e liderando as novas gerações de africanos e baianos nascidos no Rio de Janeiro (Moura, 2022). De acordo com Moura (2022), “é fácil perceber a centralidade dessas mulheres contemporâneas, mantenedoras das festas realizadas em homenagem aos santos

e dos encontros de conversa e música, onde expandia-se a afetividade do corpo, atualizando o prazer e a funcionalidade da coesão” (p. 188).

Apesar da centralidade dessas mulheres para sociedade afro-brasileira que se estruturava na Pequena África, poucos são os registros sobre elas em um lugar ativo de produção artística e de saberes nas rodas de samba, sendo, nos estudos, colocadas em uma posição mais passiva de acolhimento e manutenção das atividades em suas casas (Gomes, 2011; Gomes, 2013). Isto é, “a imagem que fica é que as baianas seriam as responsáveis por gerar a estrutura propícia para o rito, abrigando, mantendo a comida e bebida, enquanto que o fazer musical é assumido pelos homens” (Gomes, 2011, p. 30). Quanto a isso, Gomes (2013) ressalta:

Essas baianas estão entre as personalidades consideradas mais importantes das camadas populares na virada do século XX na cidade do Rio de Janeiro, frequentemente proclamadas como ‘matriarcas do samba’, tidas como influentes e poderosas. No entanto, apesar da influência destas mulheres no campo político e religioso, raras indicações são encontradas referentes à presença delas no cenário musical. Apesar do explícito reconhecimento da importância das Tias Baianas na literatura e do alto status que a mulher negra exercia no meio afro-brasileiro, quando o assunto é a prática musical as mulheres deixam a cena (p. 180).

Contudo, Tia Ciata, diferentemente de muitas que estavam associadas a mães ou esposas dos sambistas e deixadas de fora do protagonismo de produção musical, foi posta em cena com grande destaque e influência nessa época, ocupando papel essencial no samba. Foi no seu quintal que nasceram os primeiros e grandes sambas, Ciata deu espaço, por meio da sua influência com as autoridades locais, para tornar a sua casa berço daquilo que era criminalizado e repreendido (Gomes, 2011; Moura, 2022). Era uma verdadeira liderança dos negros no Rio de Janeiro, se tornando uma pessoa muito respeitada também pela elite carioca (Diniz, 2008).

Seu prestígio, somando-se à ocupação respeitada do seu marido, permitia que fosse preservada a privacidade de sua casa, que se abria para a comunidade. Privilégio?

Coisa de cidadão, que, quando preto dispunha ou exigia, estranhava-se. Na sua casa, capital daquele pequeno continente liderado por africanos e baianos cercado por cariocas por todos os lados, podiam-se reforçar os valores do grupo, afirmar o seu passado cultural e sua vitalidade criadora recusada pela sociedade (Moura, 2022, p. 207).

*Algo interessante de analisarmos aqui também é que apesar do enorme prestígio de Ciata, ainda há marcas de apagamento da contribuição feminina na construção de um espaço posto como essencialmente masculino, o samba. Existe uma grande discussão acerca da autoria da música ‘Pelo telefone’<sup>5</sup> uma vez que Donga registrou o samba em seu nome e de Mauro de Almeida, causando reação conflituosa vinda de Tia Ciata, visto que ela afirmava ter participação na composição que foi criada na sua casa, mas não havia sido reconhecida enquanto autora (Cavalcanti, 2023). Ressalta-se, nesse sentido, como Ciata também foi uma mulher influente no meio musical, compositora para além de cozinheira, quituteira e dançarina nas rodas de samba, não sendo a única, mas tornou-se a mais famosa entre as baianas e, consequentemente, a que mais se tem informações acerca (Gomes, 2013). Sobre a autoria de ‘Pelo Telefone’, Donga nunca foi se explicar e os dois nunca se entenderam, em relação a essa questão destaca-se:*

É bem verdade que era prática comum dos compositores do período apropriar-se de criações coletivas ou tocadas em ocasiões festivas, transformá-las ou desenvolvê-las sem comprometimento com a questão autoral. Mesmo assim, sendo Tia Ciata uma protagonista na situação, não é exagero considerarmos que ela foi injustamente preterida pelos outros músicos, que ganharam fama e reconhecimento pela música. Podemos relacionar de forma mais ampla esse episódio a tantos outros vividos por mulheres no mundo das artes, nos quais elas foram invisibilizadas ou até lesadas em suas contribuições artísticas. Essas situações contribuíram para que as mulheres de forma geral estejam menos presentes na memória cultural do país (p. 77).

---

<sup>5</sup> Ernesto dos Santos (Donga) e Mauro de Almeida assinam, em 1917, o que pode ser considerado o primeiro samba gravado no Brasil (Moura, 2022).

Hoje em dia, uma das formas de manter viva a memória dessa mulher que tanto contribuiu para a história do samba, se dá por meio da Casa da Tia Ciata, localizada na região da Pequena África, no Rio de Janeiro. Ela abriga a sede da Organização dos Remanescentes da Tia Ciata (ORTC), se configurando como um espaço cultural - que acontecem oficinas, aulas e outras vivências - e histórico - com uma exposição permanente sobre a Matriarca do samba.

Diante disso, os lugares ocupados pelas mulheres dentro do samba foram se desenhando historicamente e evidenciando o território brasileiro que o samba se assentou, marcado por tensionamentos e contradições nas relações atravessadas pelo racismo, patriarcado, sexism, entre outros. Como visto anteriormente, “no mundo do samba as mulheres sempre foram grandes pioneiras, mas somente algumas de fato alcançaram notoriedade” (Cavalcanti, 2023, p. 97).

Nessa perspectiva, entre as cantoras e compositoras que alcançaram visibilidade após a década de 1960, como Clementina de Jesus, Beth Carvalho e Alcione, onde o cenário apresentava transformações em relação a esse protagonismo (Cavalcanti, 2023), escolho expor aqui o pioneirismo no samba, na luta antimanicomial e em tantos outros cenários que Dona Ivone Lara (1921-2018) representou e segue sendo inspiração e possibilidade de visualização de caminhos contrários àqueles impostos pelo racismo para muitas. Em um campo exclusivamente masculino, principalmente quando se tratava da composição de sambas, a Dama do Samba - como ficou conhecida - teve papel fundamental no protagonismo e vanguarda do samba feito por mulheres, não aceitando ficar de fora de um universo que lhe era seu também (Moraes, 2022). Dona Ivone Lara foi a primeira mulher a integrar a ala de compositores da Escola de Samba Império Serrano e a assinar a autoria de um samba-enredo, em 1965, causando estranhamento em um local que até então só tinha sido ocupado por homens (Moura, 2022).

Além disso, Dona Ivone Lara se formou em enfermagem no ano de 1943, posteriormente se inseriu na faculdade de serviço social e após formada atuou no campo da saúde mental, ao lado da médica psiquiatra Nise da Silveira. Assim, ao trabalhar em um hospital psiquiátrico, foi

possível enxergar de perto a realidade daquele local, isto é, as tantas práticas de violência em nome do cuidado de pessoas marginalizadas na sociedade – majoritariamente pessoas negras, pobres, LGBTQIAPN+, entre outros que não eram considerados na norma o suficiente para permanecer no convívio social (Moraes, 2022). Desse modo, “a dama do samba passou toda sua carreira como assistente social dentro da saúde mental, realizando um trabalho pautado na emancipação dos seus usuários, buscando romper com o racismo e o conservadorismo presente no ambiente hospitalar” (Moraes, 2022, p. 35), promovendo a construção de intervenções terapêuticas que respeitassem a dignidade e lutando contra os estigmas e preconceitos vinculados às pessoas em sofrimento psíquico. Nessa perspectiva, uma das formas de cuidado traçada por Dona Ivone Lara foi através da música, tendo em vista seu vínculo pessoal com o samba, a arte e a música romperam com tratamentos crueis, propagando a autonomia, cidadania e reinserção social dos sujeitos (Moraes, 2022).

Assim, produzir e fazer samba não era um lugar posto para as mulheres como possibilidades, apesar delas terem um papel essencial na consolidação desse ritmo, da manutenção das festas e também nas composições, danças e ritos coletivos em seus quintais, através das figuras da Tias Baianas, no decorrer da história foi-se se delimitando outras formas. Nesse sentido, “consagrar um dos períodos de maior consolidação do samba como uma manifestação essencialmente produzida por homens revela, portanto, uma visão limitada” (Lima A., 2022, p. 10), isto é, o protagonismo das participações femininas que se perde muitas vezes na história, sendo imprescindível o seu resgate e valorização enquanto produtoras de expressão cultural.

Assim, ao situar o racismo enquanto algo que faz sofrer e afeta a subjetividade, Grada Kilomba, no seu livro *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano* (2019), o inicia trazendo sobre o ato de escrever enquanto um ato político de retorno ao lugar de enunciação, de onde se fala, que foi tirado das pessoas negras a partir da imposição do silêncio. Nesse sentido, ela aponta para a escrita a partir do lugar da sua afirmação enquanto sujeito, uma vez que o colonialismo insiste

em determinar que estejam no lugar de objetos. Assim, o processo de escrita também é sobre as formas coletivas de ganhar voz e construir resistências, retomando a história apagada.

Nessa perspectiva, no capítulo “A máscara: colonialismo, memória, trauma e descolonização” ela expõe sobre a máscara do silenciamento, mostrando como a boca é um órgão de opressão para o racismo. A partir do retrato da escravizada Anastácia, que era forçada a usar um colar de ferro e uma máscara facial que a impedia de falar, Kilomba (2019) aponta para a boca como uma metáfora para a posse, uma vez que “oficialmente, a máscara era usada pelos senhores brancos para evitar que africanas/os escravizadas/os comessem cana-de açúcar ou cacau enquanto trabalhavam nas plantações, mas a sua principal função era implementar um senso de mudez e de medo” (p. 33).

Dessa forma, a atribuição dado pelo senhor para os escravizados como aqueles que estão querendo comer a cana-de-açúcar ou o cacau e, portanto, roubando aquilo que afirma ser seu, é denominado como um processo de negação (Kilomba, 2019), em que “[...] o senhor nega seu projeto de colonização e o impõe à/ao colonizada/o. É justamente esse momento - no qual o sujeito afirma algo sobre a/o ‘Outra/o’ que se recusa a reconhecer em si próprio - que caracteriza o mecanismo de defesa do ego” (Kilomba, 2019, p. 34). Assim, na medida que a negação mantém e legitima estruturas violentas da exclusão racial, “o sujeito negro torna-se então aquilo que o sujeito branco não quer ser relacionado” (Kilomba, 2019, p. 34). Nesse sentido, cria-se um Outro, que está sempre oposto ao que o “eu” pensa sobre si, dividindo o sujeito branco “pois desenvolve duas atitudes em relação à realidade externa: somente uma parte do ego - a parte ‘boa’, acolhedora e benevolente - é vista como ‘eu’ e o resto - a parte ‘má’, rejeitada e malévola - é projetada sobre a/o ‘Outra/o’” (Kilomba, 2019, p. 36).

Com isso, “o sujeito negro torna-se tela de projeção daquilo que o sujeito branco teme reconhecer sobre si mesmo” (Kilomba, 2019, p. 37), sendo, então a ameaça, o violento, o que evoca medo, que a branquitude forja para poder olhar para si como o ideal. A partir disso, a invenção da Outridade enquanto “a personificação de aspectos repressores do ‘eu’ do

“sujeito branco” (p. 38) força o sujeito negro a estar sempre referenciado a um Outro e não a ele mesmo, sendo essa uma configuração traumática, “[...] uma vez que priva o indivíduo de sua própria conexão com a sociedade inconscientemente pensada como branca” (Kilomba, 2019, p. 39).

Parece, portanto, que o trauma de pessoas negras provém não apenas de eventos de base familiar, como a psicanálise argumenta, mas sim do traumatizante contato com a violenta barbaridade do mundo branco, que irracionalidade do racismo que nos coloca [o sujeito negro] sempre como a/o ‘Outra/o’, como diferente, como imcompátil, como conflitante, como estranha/o e incomum (Kilomba, 2019, p. 4)

O trauma da colonização é uma operação violenta que posiciona o sujeito negro sobre um lugar que a branquitude inventa, isto é, um estado de absoluta Outridade.

A máscara, dessa forma, coloca em jogo “[...] um medo apreensivo de que, se o sujeito colonial falar, a/o colonizadora/or terá de ouvir. Seria forçada/o a entrar em uma confrontação desconfortável com as verdades da/o ‘Outra/o’” (Kilomba, 2019, p. 41). Com isso, Kilomba (2019) enlaça esse medo de ouvir aquilo que o sujeito negro tem a dizer com a ideia de repressão, preconizada por Freud, na medida que “a máscara recria esse projeto de silenciamento e controla a possibilidade de que colonizadas/os possam um dia ser ouvidas/os e, consequentemente, possam pertencer” (p. 43).

Nesse sentido, há uma questão relacionada ao discurso, tanto colocada por Grada em relação à máscara e o silenciamento e a Outridade que ela produz, quanto posta por Neusa quando afirma que “uma das formas de exercer autonomia é possuir um discurso sobre si mesmo” (Souza, 2021, p. 45). Ribeiro (2020), na dissertação “Tornar-se negro, devir sujeito: uma investigação psicanalítica acerca das reverberações clínicas e políticas do racismo”, destaca a questão discursiva se questionando acerca do que a Neusa Santos Souza quer dizer sobre essa construção de uma narrativa singular, que produz autonomia. A partir disso, Ribeiro (2020) articula as elaborações propostas por Garcia (2010;

2012) a respeito da nomeação predicativa e suas implicações no laço social. Assim, de acordo com essa perspectiva,

A nomeação predicativa é a forma através da qual se constrói a ciência positiva. Constituída por sujeito, verbo e predicado, não há qualquer saída inventiva ou espaço para a contingência. O desafio necessário seria a lógica da não predicação, ou seja, a constituição de um saber que considera a transformação constante de cada um, a inconstância (Ribeiro, 2020, p. 82)

Nesse sentido, Garcia elabora três tipos da nomeação, que Ribeiro (2020) aposta como sendo importantes elementos para se pensar a questão da produção de um discurso sobre si mesmo. A primeira nomeação é em primeira pessoa, isto é, o sujeito falando sobre si mesmo. A segunda nomeação se dá a partir da nomeação que um Outro faz sobre o sujeito, sendo essa em segunda pessoa. E, a terceira nomeação é a em terceira pessoa, que “se refere à forma mais devastadora, aquela que massifica e que, mais do que discriminar, pode decretar um destino funesto, uma sentença de extermínio, na medida em que apaga, sob um predicado arbitrário, qualquer expressão das singularidades” (Garcia, 2012 *apud* Ribeiro, 2020, p. 83).

Diante disso, conclui-se que possuir um discurso sobre si coloca em cena a perspectiva da nomeação em primeira pessoa, isto é, poder falar sobre si próprio (Ribeiro, 2020). Dessa maneira, o processo de autonomia se dá na medida que se fala sobre si próprio, tendo em vista o seu lugar e aquilo que atravessa a sua vivência enquanto sujeito. Ou seja, esse é um exercício em que “os sujeitos identificados como negros teriam condição de sair da posição de completa objetualização, da condição racializada imposta pela escravização e de suas consequências funestas que se perpetuam para, enfim, construir saídas próprias na condição de sujeitos” (Ribeiro, 2020, p. 83). Além disso, a nomeação em terceira pessoa, pode serposta diante do discurso forjado pela branquitude, que aniquila outras subjetividades possíveis, colocando-o como o referencial a ser atingido e, portanto, como Souza (2021) aponta, como a única possibilidade de “torna-se gente”, produzindo uma Outridade (Kilomba, 2019).

Esse deslocamento de posição está vinculado também ao que foi produzido por tantas mulheres, que ocuparam e seguem ocupando lugares no samba que eram naturalizados como masculinos. Tal movimentação coloca em cena reflexão acerca do racismo e sexism na cultura brasileira, e como o samba, enquanto espaço de expressão cultural, também reproduz desigualdades de gênero e raça, que se entrelaçam de maneira significativa. Lélia Gonzalez (1984), no seu artigo “Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira” retrata como a nomeação em direção a mulher negra vai depender da situação em que ela é vista pela branquitude, isto é, pode ser a mulata ou a doméstica dependendo do contexto, explorada e objetificada por meio das diversas violências simbólicas.

Com isso, o que o samba traz como possibilidade é o falar por si, na medida que as mulheres tomam o samba como parte de si também e produzem algo por meio dele. Quando Gonzalez (1984) aponta no seu trabalho para o risco de sustentar o ato de falar com todas as implicações e o movimento de assumir a própria fala, uma vez que sempre falaram pelas mulheres negras, ela nos aponta também a subversão de um lugar historicamente imposto para elas, sem a possibilidade de expressão, autonomia, que perpetua uma narrativa de subserviência e marginalização. Assim, indica o “[...] lugar da mulher negra nesse processo de formação cultural, assim como os diferentes modos de rejeição/integração de seu papel” (Gonzalez, 1984, p. 226), que quando pensado através do samba, pode abrir espaço para uma outra lógica pela via do cantar, compor, ocupar e falar.

Nesse sentido, Clélia Prestes (2018) coloca em questão as possibilidades de amar e ressignificar a identidade, em processos de resistência ao racismo, que podem forjar caminhos para o cuidado. A partir do diálogo conceitual com Franz Fanon e bell hooks, ela defende “[...] que o amor deve ser pauta da luta visando o resgate da dignidade e da integralidade, como forma de enfrentamento à tentativa de desumanização, além de estratégia de promoção e manutenção de saúde psíquica” (Prestes, 2018, p. 170). Portanto, espaços que a afetividade possa circular, uma vez que lhe foi negada a pessoas negras, são modos de resistir a partir da recuperação dessa ferramenta político-social diante das opressões (Prestes, 2018). O

samba, ao ser entendido enquanto resistência, enlaça afetivamente os sujeitos, fazendo sentir através do vínculo com as pessoas, do espaço, da potência das canções, diferentes formas de relações promotoras de saúde, isto é, “resistência às violências, com ressignificação da humanidade e amor, em favor da saúde psíquica” (Prestes, 2018, p. 175).

Fatores como racismo, sexismo e condições socioeconómicas e culturais constituem eixos estruturantes que atuam de forma articulada, afetando a garantia de acesso universal e equitativo à saúde. O acesso, embora não seja o único fator responsável por uma vida saudável e de boa qualidade, contribui para manter um bom estado de saúde ou para seu restabelecimento, pois refere-se à utilização dos serviços e insumos (Silva et al, 2019, p. 5)

Nessa perspectiva, a desigualdade racial em saúde no Brasil desvela a desigualdade no adoecimento, uma vez que o acesso, o rastreamento, o atendimento e outros aspectos impactam diretamente a saúde da população negra.

Assim, enquanto um corpo branco e consequentemente constituído na branquitude, é importante marcar o pacto que se perpetua no tempo através de “[...] um pacto de cumplicidade não verbalizado entre pessoas brancas, que visa manter seus privilégios” (Bento, 2022, p. 14). Nesse sentido, há um movimento, para além apenas da atuação no campo de trabalho, mas que deve nos envolver por completo, que é o que Schuman (2012) coloca como “as formas com que a branquitude pode ser desvinculada da branquitude” (p. 103), convocando o conceito “Racial Literacy” - melhor traduzido como letramento racial - “para ser usado na compreensão de como os sujeitos brancos adquirem consciência dos privilégios da branquitude, da estrutura racista da sociedade e como negociam sua branquitude” (Schuman, 2012, p. 103).

Dessa forma, não é algo simples uma vez que a branquitude se favorece com o racismo que é estruturante na sociedade, ao estarmos mergulhados a todo momento em diversos privilégios, que se mantém tendo em vista o pacto da branquitude. Com isso, “a branquitude pode demover-se da branquitude, adquirindo uma consciência dos privilé-

gios conferidos pela brancura, reconhecendo a estrutura sociopolítica do racismo, e posteriormente se rever perante suas identidades raciais brancas” (Schucman, 2012 *apud* David, Vicentin, 2023, p. 8). Através do letramento racial é possível criar lacunas de subversão da lógica de um sistema hegemonicamente imposto, em que não ofertar cuidado para populações pretas, pobres e periféricas é um projeto de poder, que se dita quem pode viver e quem deve morrer (Mbembe, 2016).

Nessa perspectiva, estamos situados socialmente a partir dos marcadores de pertencimento social que nos constituem e que não é suficiente serem tomados de modo isolado para compreensão das múltiplas formas de desigualdade e discriminação que atravessam a vida em sociedade (Brandão, Alzuguir, 2022). Assim, a interseccionalidade é um conceito muito caro, uma vez que

[...] congrega os múltiplos sistemas de opressão ou dominação que convergem reiterando subordinação cruzadas entre gênero, raça, classe, dentre outros marcadores sociais. Não se trata simplesmente de um somatório desses atributos, conforme muitas vezes pode supor, mas da interação entre eles, da relação que estabelecem entre si em diferentes situações sociais potencializadoras de tais opressões (Brandão, Alzuguir, 2022, p. 76).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, o entendemos enquanto um movimento de resistência e práticas de sobrevivência, em um cenário que insistia em objetificar os sujeitos, habitando uma sociedade constituída pelo racismo e pelas práticas coloniais. Isto é, o samba atravessa o corpo na medida que “o corpo exigido pela síncopa do samba é aquele mesmo que a escravatura procurava violentar e reprimir culturalmente na História brasileira: o corpo negro” (Sodré, 1998, p. 11), impedindo-o de se tornar mais uma máquina reprodutiva e coisificada, através da afirmação de um corpo em movimento, que dá continuidade as tradições africanas e que cria novos lugares (Sodré, 1998; Azevedo, 2018). Dessa forma, “as refabricações

dos estilos e modos de vida tiveram no corpo o seu suporte vital para reavivar os vínculos com a África” (Azevedo, 2018, p. 47).

O samba vai nascendo nas entrelínhas de um sistema que o discriminava e reprimia, encontrando e inventando possibilidades de sobrevivência, resistência e prazer. Com isso, negra, em amplo aspecto, aos territórios existenciais, políticos, econômicos e sociais” (Maia; Zamora, 2018, p. 283) foram se criando na cidade do Rio de Janeiro e, portanto, onde ficou conhecido como Pequena África, formas coletivas de se manter nesse cenário, por meio de espaços como a casa de cativos e libertos, posteriormente conhecidas como casa quilombos, as casas de zungu e a famosa casa de Tia Ciata. Sendo esses lugares físicos, que também abriram espaço para a construção de lugares subjetivos, na medida que a sua importância perpassava a construção da identidade negra no contexto pós abolição e a manutenção e reafirmação da cultura afro-brasileira (Moura, 2022).

Um estranhamento localizado ao longo da pesquisa e leitura sobre a história do samba foi a pequena prevalência de registros sobre as mulheres nesse contexto. Conforme aponta Gomes (2013), muitas mulheres atuaram e contribuíram para a construção dessa cultura, entretanto, muitos estudos não trazem a relevância delas para a cena. E, quando trazidas, muitas vezes são postas em lugares mais passivos em relação à produção artística (Gomes, 2011; Gomes, 2013). Nessa perspectiva, a interseccionalidade vem como um conceito de grande importância, uma vez que a necessidade de levar em consideração outros marcadores para além do gênero, como raça e classe, colocando em questão sua interação e seus atravessamentos políticos, culturais e subjetivos.

Maia e Zamora (2018) afirmam que “ainda estamos atuando sobre a lógica racial e sobre a política do embranquecimento; elas se reeditam, se recriam e produzem subjetividades” (p. 283). Assim, também destacam que “a resistência negra atual luta por reverter esses efeitos, produzindo algo talvez inédito na história da luta contra o racismo, afirmado a cultura e a ancestralidade negra e rompendo com o embranquecimento” (p.

282). Portanto, o Brasil vive a partir do racismo estrutural que apontam para a hegemonia da branquitude, de modo que reverbera em “privilégios por parte da população branca e inviabiliza o acesso da população negra, em amplo aspecto, aos territórios existenciais, políticos, econômicos e sociais” (Maia; Zamora, 2018, p. 283).

## REFERÊNCIAS

- BENTO, Cida. *Pacto da Branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras, 2022, 152 p.
- BRANDÃO, Elaine Reis; ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi. *Gênero e saúde: uma articulação necessária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022, 139 p.
- CAVALCANTI, Hannah da Cunha Tenório. *Memória cultural, música popular afro-brasileira e gênero: as mulheres no samba carioca*. 2023. Tese (Doutorado em Memória Social) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <http://hdl.handle.net/unirio/13937>. Acesso em: 12 set. 2024.
- CISNE, M.; IANAEI, F. Vozes de resistência no Brasil colonial: o protagonismo de mulheres negras. *Revista Katálysis*, v. 25, n. 2, p. 191–201, maio de 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/nNM94v6fvD9nJSydRqCJvmK/>. Acesso em: 05 jul. 2024.
- COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. *Interseccionalidade*. Tradução de Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021, 287 p.
- DINIZ, André. *Almanaque do samba: a história do samba, o que ouvir, o que ler, onde curtir*. 3<sup>a</sup> ed. rev. Rio de Janeiro: Zahar, 2008, 310 p.
- GOMES, Rodrigo Cantos Savelli. *Samba no Feminino: transformações das relações de gênero no samba carioca nas três primeiras décadas do século XX*. Dissertação (Mestrado em Música, sub-área: Musicologia-Etnomusicologia) - Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2011. Disponível em: <https://is.gd/xthAkh>. 20 ago. 2024.
- GOMES, Rodrigo Cantos Savelli. “Pelo telefone mandaram avisar que se questione essa tal história onde mulher não tá”: a atuação de mulheres musicistas na constituição do samba da Pequena África do Rio de Janeiro no início do século XX. *Per Musi*, n. 28, p. 176-191, jul. 2013. Disponível em: <https://is.gd/y21gD5>. Acesso em: 14 ago. 2024.
- GONZALEZ, Lélia. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, Anpocs, 1984, p. 223-244. Disponível em: <https://is.gd/tdqRmn>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- GRADA, Kilomba. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019, 248 p.
- LIMA, Guilherme Almeida de. A saúde mental tem cor? A luta antimanicomial é uma luta antirracista. *CadernoS de PsicologiaS*, Curitiba, n. 3, 2022. Disponível em: <https://caderos.com.br>

[nosdepsicologias.crppr.org.br/a-saude-mental-tem-cor-a-luta-antimanicomial-e-uma-luta-antirracista/](https://nosdepsicologias.crppr.org.br/a-saude-mental-tem-cor-a-luta-antimanicomial-e-uma-luta-antirracista/). Acesso em: 18 dez. 2024.

MAIA, Kenia Soares; ZAMORA, Maria Helena Navas. *O Brasil e a lógica racial: do branqueamento à produção de subjetividade do racismo*. Psicologia Clínica, vol. 30, núm. 2, 2018, pp. 265-286. Disponível em: <https://is.gd/hiEIpH>. Acesso em: 10 dez. 2024.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte*. Arte & ensaios., São Paulo, n. 32, p 123-151, dez. 2016. Disponível em: <https://is.gd/3JeK5l>. Acesso em: 26 nov. 2024.

MORAES, Andressa Da Silva De. “Entre os bambas, os sambas e a loucura”: uma análise das contribuições da dama do samba para o serviço social. Monografia - Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11422/21957>. Acesso em: 15 out. 2024.

MOURA, Roberto. *Tia Ciata e a Pequena África no Rio de Janeiro*. 1<sup>a</sup> edição. São Paulo: Todavia, 2022.

PRESTES, Clélia. *Ressignificação da identidade e amor como resistência à violência racial*. In: SILVA, Maria Lúcia da et al (org). *Violência e sociedade: o racismo como estruturante da sociedade e da subjetividade do povo brasileiro*. São Paulo: Escuta, 2018, p. 169-176

RIBEIRO, Cristiane da Silva. *Tornar-se negro, devir sujeito: uma investigação psicanalítica acerca das reverberações clínicas e políticas do racismo*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva e Social) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/38731>. Acesso em: 11 nov. 2024.

SCHUMAN, L. V. *Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”*: Raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulista. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.47.2012.tde-21052012-154521>. Acesso em: 6 set. 2024.

SODRÉ, Muniz. *Samba: o dono do corpo*. 2<sup>a</sup> edição. Rio de Janeiro: Mauad, 1998, 112 p.

SOUZA, Neusa Santos. *Torna-se negro ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

# COMUNICAÇÃO DE MÁS-NOTÍCIAS NA MEDICINA VETERINÁRIA

Giordano Bruno Carvalho Santos Brasil Pompeo<sup>1</sup>

José Matheus da Cruz<sup>2</sup>

Manuela Gomes Kosinski<sup>3</sup>

Cloves Antonio de Amissis Amorim<sup>4</sup>

## INTRODUÇÃO

O relacionamento entre as pessoas e seus pets é um aspecto de suas vidas que sofreu evolução e mudanças ao longo dos anos, culminando em conceitos que oferecem uma visão mais adequada desta relação no mundo atual. Um conceito importante é o de família multiespécie, que se refere à presença de animais como integrantes de uma família, sendo considerados membros integrais dela, com vínculos intensos e interações no dia a dia que superam uma relação de posse. Animais de estimação, de qualquer natureza, são comumente considerados e tratados como filhos ou companheiros próximos, tendo grande influência no funcionamento da família.

Atualmente a importância da família multiespécie deve ser seriamente considerada. Tutores frequentemente investem tempo, recursos financeiros e emocionais significativos para garantir o bem-estar de seus animais de estimação. No cenário veterinário, essa mudança de paradigma implica uma necessidade crescente de sensibilidade e empatia por parte dos profissionais de saúde animal, especialmente quando se trata da comunicação de notícias delicadas ou desfavoráveis.

A área da saúde muitas vezes demanda que seus profissionais comuniqueem notícias capazes de gerar uma grande carga de sentimentos negativos e luto naqueles que estão recebendo a informação.

<sup>1</sup> Psicólogo (PUC/PR). CV: <https://lattes.cnpq.br/3280939162412138>

<sup>2</sup> Psicólogo (PUC/PR). CV: <https://lattes.cnpq.br/9894644751089156>

<sup>3</sup> Especializada. CV: <https://lattes.cnpq.br/9740373030984300>

<sup>4</sup> Doutorado em Educação (PUC-PR). Professor (PUCPR). CV: <http://lattes.cnpq.br/2720552812846198>

No contexto da medicina veterinária, uma má notícia pode ser qualquer informação que cause uma mudança drástica nas expectativas dos tutores quanto ao quadro de saúde e bem-estar dos seus animais de estimativa. Estão compreendidos diagnósticos de doenças graves, prognósticos desfavoráveis, necessidade de procedimentos invasivos ou até a recomendação de eutanásia.

Comunicar más notícias de modo eficaz é essencial para fortalecer a confiança entre o veterinário e o tutor. Abordagens inadequadas podem facilitar mal-entendidos, desconfianças e maior sofrimento para os tutores, que já se encontram em um estado vulnerável. Logo, desenvolver a capacidade para a comunicação humanizada, levando em conta os aspectos emocionais e a individualidade de cada família multiespécies se torna essencial para proporcionar um atendimento de qualidade.

Neste capítulo, serão exploradas práticas recomendadas para a comunicação de más notícias dentro do ambiente veterinário, buscando uma experiência mais satisfatória e melhor relação entre profissionais e tutores.

Na veterinária, comunicar com frequência más notícias aos tutores pode ser desgastante. Para enfrentar os desafios emocionais da profissão, é recomendado manter uma rede de apoio - como familiares, amigos e colegas com quem o profissional possa compartilhar suas experiências e buscar acolhimento - e cultivar hobbies e interesses fora do trabalho - envolver-se em atividades que gerem prazer possibilite liberar o estresse diário e recarregar as energias para conseguir viver de maneira mais equilibrada.

Muitas vezes, o médico veterinário tem como objetivo curar todos os pacientes enfermos que cruzam seu caminho, porém, é necessário reconhecer e aceitar os limites inerentes à profissão. Assim como na medicina humana, certas condições podem ser irreversíveis ou ainda terminais. Reconhecer os limites da sua atuação é essencial para evitar o desgaste emocional do veterinário, e para tal, algumas recomendações devem ser levadas em conta.

Primeiro, é necessário aceitar a inevitabilidade da morte e da doença. A morte faz parte do ciclo natural da vida, que muitas vezes é permeado por doenças - tratáveis ou não. Reconhecer o ciclo da vida

permite que o profissional aborde cada caso de modo realista, sem tomar responsabilidades excessivas por resultados que podem estar além do controle. Vale lembrar também que, quando a cura não é possível, é possível focar em cuidados paliativos, concentrando-se em proporcionar conforto e qualidade de vida para os pacientes.

É importante estabelecer limites profissionais claros em termos de disponibilidade e envolvimento emocional. Saber quando delegar responsabilidades ou buscar o suporte de colegas é vital para evitar o desgaste e o esgotamento. Caso necessário, outra sugestão é buscar acompanhamento psicológico por meio de psicoterapia, para desenvolver as ferramentas necessárias para enfrentar os desafios recorrentes da profissão. Além de promover qualidade de vida, melhorias na vida pessoal e profissional tornam o médico veterinário mais capaz de oferecer um atendimento empático e eficaz aos seus pacientes e tutores. Reconhecer seus limites e cuidar a saúde mental é crucial para a sustentabilidade e satisfação na carreira veterinária.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, há uma tendência crescente de formação de famílias interespécies, onde animais de estimação se integram profundamente às estruturas familiares. Esse fenômeno transcende a simples coabitAÇÃO, refletindo um entrelaçamento significativo entre as vidas humanas e as dos animais de companhia que compartilham nossos lares. Essa realidade demanda uma reconsideração das práticas de cuidado, especialmente na medicina veterinária, que agora deve incorporar considerações interespécies em sua abordagem.

Dentro desse contexto, é evidente a redefinição do conceito de parentesco, com animais frequentemente tratados como “filhos” ou “irmãos”, desafiando as concepções tradicionais de família antropocêntrica. As rotinas diárias, decisões de vida e até mesmo as configurações dos espaços domésticos são adaptadas para atender às necessidades dos membros não humanos, evidenciando a profundidade dessas relações afetivas.

Além disso, os benefícios para o bem-estar associados ao cuidado e proximidade dos animais são bem documentados ao longo da vida. Esses benefícios incluem o suporte ao aprendizado em escolas primárias,

o alívio do estresse em estudantes universitários durante os períodos de exames, e o conforto proporcionado a idosos em casas de repouso e a adultos sem filhos. A relação significativa entre a qualidade de vida e a interação com animais não humanos é amplamente reconhecida na sociologia das relações e da comunicação, já que, para muitas pessoas, os animais são vistos como membros da família.

O pensamento contemporâneo desafia as noções culturais históricas de supremacia humana e domínio sobre a vida não humana, uma visão refletida tanto por médicos veterinários quanto pelo público em geral, no contexto macrossocial da política de cuidados. A presença de animais de estimação influência significativamente o bem-estar emocional dos membros humanos da família, oferecendo companhia e apoio emocional. Consequentemente, o cuidado efetivo na prática veterinária não deve se limitar apenas ao bem-estar do animal, mas deve estender-se ao tutor humano, que vivencia diretamente o processo de adoecimento de seu companheiro não humano.

Esta abordagem reconhece a complexidade das relações interespécies e suas implicações para a prática veterinária contemporânea. Portanto, ao comunicar notícias difíceis aos tutores, é essencial que os médicos veterinários reconheçam a profundidade das conexões emocionais entre os tutores e seus animais de estimação. Este reconhecimento deve guiar uma abordagem sensível e empática, que leve em conta o impacto emocional que tais notícias terão sobre os tutores. Os veterinários devem estar preparados para oferecer suporte emocional e informações claras, ajudando os tutores a processar e enfrentar o momento difícil de maneira mais compassiva e humana.

## **DESENVOLVIMENTO**

Compreender e definir o conceito de “má notícia” é vital para os profissionais que irão lidar com a mesma. Estas más notícias, consideradas indesejáveis em seu contexto, podem englobar diagnósticos de enfermidades graves ou terminais, bem como situações menos dramá-

ticas, mas igualmente impactantes, como doenças crônicas que exigem mudanças significativas na rotina do animal ou tratamentos invasivos. Uma má notícia é aquela que altera negativamente a percepção dessa pessoa sobre seu futuro de forma drástica. Dito isso, a habilidade de transmitir más notícias é imprescindível na prática veterinária, pois em algum momento, a maioria dos veterinários enfrentará essa situação delicada. Sob essa perspectiva, o impacto de uma má notícia para o tutor torna-se um fator crucial, demandando um aprimoramento na condução dessa comunicação. Com a evolução vigente, é possível transferir o conhecimento já bem estabelecido na medicina humana para o contexto veterinário, realizando as devidas adaptações.

Existem orientações gerais na literatura médica-veterinária sobre como comunicar más notícias de forma menos traumática, focando no bem-estar do animal e na compreensão e apoio aos tutores. Sabe-se que para além do que foi comunicado, a forma que a comunicação se deu apresenta impacto emocional importante no processo de saúde dos pacientes e familiares. Por isso espera-se do profissional que ofereça uma comunicação humanizada, que busca proporcionar um cuidado integral, humanizado, acolhedor e capaz de reconhecer todas as esferas de sofrimento do ser humano (físico, psicológico, social e espiritual).

Para isso, a notícia deve ser realizada progressivamente conforme a percepção e compreensão do paciente. É um processo onde o profissional deve estar disponível para repetir quantas vezes for necessário a informação, de forma pausada e clara. Também sugere-se a utilização de perguntas abertas possibilitando a verbalização dos sentimentos é uma estratégia adequada para este momento. E, em alguns momentos, manter o silêncio para garantir que o paciente tenha tempo para processar as informações. Ainda na comunicação humanizada, o profissional deve manter proximidade física, como toques nas mãos, ombros e braços, comportamentos não-verbais que estão envolvidos na comunicação de uma má notícia. Por último, outro aspecto importante é o contato visual e a postura corporal do profissional, devendo este encontrar-se

inclinado na direção do paciente e com braços descruzados indicando que está interessado em ouvir o que o paciente.

Neste cenário, também destaca-se o protocolo conhecido como SPIKES, desenvolvido por Robert Buckman em 1992, composto por seis etapas que visam facilitar a interlocução e proporcionar conforto aos pacientes. Não se trata de um roteiro inflexível, mas sim de uma estratégia que enfatiza os pontos cruciais da comunicação de más notícias e recomenda técnicas para avaliar cada situação. Seu objetivo principal é alcançar quatro propósitos fundamentais: compreender o conhecimento e as expectativas do paciente, fornecer informações compreensíveis e adequadas, oferecer suporte emocional e colaborar na elaboração de um plano de tratamento conjunto com o paciente.

Embora seja um guia reconhecido e eficaz, nem todas as situações demandam a aplicação de todas as seis fases do protocolo, evidenciando sua flexibilidade e adaptação às necessidades individuais dos pacientes/ tutores e profissionais de saúde. Seu objetivo principal é alcançar quatro propósitos fundamentais: entender o conhecimento e as expectativas do paciente, fornecer informações compreensíveis e adequadas, oferecer suporte emocional e colaborar na elaboração de um plano de tratamento em conjunto com o paciente.

A implementação do protocolo S-P-I-K-E-S na medicina veterinária representa uma abordagem sistemática e estruturada para a comunicação de prognósticos desfavoráveis aos tutores de animais de companhia. Este acrônimo, derivado do inglês, engloba seis componentes fundamentais: Setting (Ambiente), Perception (Percepção), Invitation (Convite), Knowledge (Conhecimento), Empathy (Empatia) e Strategy and Summary (Estratégia e Resumo).

No contexto da prática veterinária, a transmissão de informações adversas aos tutores de animais demanda uma metodologia criteriosa e empática. O processo inicia-se com a preparação meticolosa do ambiente (Setting), assegurando um espaço que propicie confidencialidade, isento de interferências e livre de obstáculos físicos entre o profissional veteri-

nário e o tutor. É imperativo que o clínico realize uma revisão minuciosa do histórico clínico e do estado atual do paciente, fundamentando-se em evidências científicas para o encontro.

Ao estabelecer o diálogo inicial, o médico veterinário deve adotar uma postura investigativa, visando apreender a percepção (Perception) do tutor acerca da condição do animal. É fundamental estender um convite (Invitation) ao tutor para um diálogo franco, determinando o nível de detalhamento desejado sobre o quadro clínico do animal. Na eventualidade de o tutor manifestar preferência por não receber informações pormenorizadas, é essencial que um responsável pelo animal seja devidamente informado.

A transmissão do conhecimento (Knowledge) deve ser realizada de maneira clara e inequívoca, comunicando a natureza desfavorável das notícias. O profissional deve adaptar a terminologia técnica para uma linguagem acessível ao tutor e seus familiares. É crucial evitar expressões que possam ser interpretadas como desistência do caso, particularmente em situações que envolvam patologias com risco de vida.

Durante todo o processo, é imprescindível que o veterinário mantenha uma postura empática (Empathy), proporcionando um ambiente propício para que o tutor expresse suas reações emocionais, que podem manifestar-se através de choro, estado de choque ou silêncio.

Na conclusão do encontro, é fundamental sintetizar a situação e delinear estratégias (Strategy and Summary), transmitindo segurança ao tutor através da elucidação das opções terapêuticas disponíveis, sejam elas de natureza curativa ou paliativa. Um aspecto adicional é de suma importância nesse processo é o compromisso ético do veterinário em manter o vínculo assistencial com o tutor e o animal, assumindo a responsabilidade pela continuidade dos cuidados e oferecendo suporte emocional, independentemente do desfecho clínico do paciente.

É pertinente salientar que este protocolo não constitui um roteiro rígido e inflexível. Elementos complementares podem ser indispensáveis, como a verificação contínua da compreensão dos tutores, a abertura para

questionamentos em cada etapa do protocolo e o respeito à necessidade de preparação prévia e alocação de tempo adequado. O médico veterinário deve, de forma recorrente, averiguar o nível de entendimento do tutor e incentivá-lo a expressar suas dúvidas.

A gestão institucional desempenha um papel crucial nesse contexto, devendo estar atenta às necessidades dos pacientes e seus tutores. Isso inclui a consideração da carga de trabalho dos profissionais e a garantia de privacidade adequada nos ambientes de atendimento. Essas considerações organizacionais são fundamentais para propiciar um ambiente conducente à comunicação eficaz e compassiva de prognósticos desfavoráveis.

Em síntese, a abordagem S-P-I-K-E-S na medicina veterinária reconhece a singularidade do vínculo entre tutores e seus animais de estimação, assegurando uma assistência compassiva tanto para o paciente quanto para seu proprietário durante os períodos de adversidade. Esta metodologia estruturada auxilia os profissionais veterinários a conduzirem diálogos desafiadores com sensibilidade e

profissionalismo, promovendo uma comunicação clara, empática e centrada no bem-estar do animal e do tutor.

Também é importante ressaltar que apesar de alguns tutores preferirem um papel passivo na tomada de decisões, deixando-as nas mãos dos médicos, a disponibilização da informação e a renúncia à decisão devem ser diferenciadas. Há uma grande necessidade de informação dos pacientes, isso inclui clareza sobre o sofrimento esperado, progressão e curso da doença, alterações na rotina, além de envolver os tutores ativamente na comunicação. Todavia, informações fornecidas ao paciente diante notícias perturbadoras podem não ser retidas ou bem compreendidas, além dos mesmos apresentarem dificuldades em tomar decisões importantes nesse primeiro momento. Sendo fortemente recomendado uma segunda conversa, preferencialmente acompanhada por um familiar ou ente querido.

## CONSIDERAÇÕES

A adaptação do protocolo SPIKES para a medicina veterinária representa um avanço significativo na comunicação de más notícias, refletindo a evolução da relação entre tutores e animais de estimação na família multiespecie. Esta abordagem humanizada permite aos veterinários oferecer um suporte mais eficaz e compassivo, respeitando o vínculo emocional entre tutor e animal, e promovendo uma aceitação mais natural da morte como parte do ciclo vital.

É imperativo que o profissional veterinário mantenha um equilíbrio emocional durante esse processo, evitando conflitos pessoais e a internalização do sofrimento alheio. A capacidade de manter uma distância profissional adequada, sem comprometer a empatia, é crucial para o bem-estar do veterinário e a eficácia do cuidado oferecido.

Recomenda-se que os veterinários cultivem interesses extraprofissionais, contribuindo para seu equilíbrio emocional e proporcionando uma perspectiva mais ampla que pode enriquecer sua prática clínica. Esta abordagem holística não apenas aprimora a qualidade do cuidado oferecido, mas também contribui para uma prática profissional mais sustentável e gratificante.

É fundamental compreender que a morte e a doença são processos inevitáveis e naturais. A aceitação desse fato é essencial para a saúde mental dos profissionais veterinários e dos tutores, possibilitando enfrentar momentos difíceis com maior serenidade e oferecer um suporte mais significativo.

Reconhecer as limitações profissionais e aceitar a morte como parte do processo permite uma atuação mais tranquila e empática. Isso também é crucial para o gerenciamento das expectativas dos tutores, especialmente em casos de doenças graves ou em animais geriátricos. A tarefa dos profissionais é comunicar essas realidades de forma clara e compassiva, auxiliando os tutores na compreensão e aceitação do ciclo da vida.

Esta abordagem não apenas respeita o papel do animal na vida do tutor, mas também contribui para a desmistificação da figura

do médico como infalível, promovendo uma visão mais realista e saudável da prática veterinária.

## REFERÊNCIAS

- ASHALL, V.; HAMILTON, L.; JOHNSON, M.; LATIMER, J. Kinship Health Relationships: Reconfiguring the “Good Death” in **Mixed Species Families. Symbolic Interaction**, 2024.
- ALSHAMI, A; DOUEDI, S.; AVILA-ARIYOSHI, A.; ALAZZAWI, M.; PATEL, S.; EINAV, S.; SURANI, S.; VARON, J. Breaking bad news, a pertinent yet still an overlooked skill: an **international survey study. Healthcare**, v. 8, n. 4, p. 501, 2020.
- BAILE, W. F.; BUCKMAN, R.; LENZI, R.; GLOBER, G.; BEALE, E.; KUDELKA, A. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.
- BUCKMAN, R. A. Breaking bad news: the SPIKES strategy. **Community Oncology**, v. 2, n. 2, p. 138-142, 2005.
- CAMILO, B. H. N.; SERAFIM, T. C.; SALIM, N. R.; ANDREATO, Á. M. de O.; ROVERI, J. R.; MISKO, M. D. Communication of bad news in the context of neonatal palliative care: experience of intensivist nurses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, e20210040, 2022.
- CUDWORTH, E. Beyond speciesism: intersectionality, critical sociology and the human domination of other animals. In: TAYLOR, N.; TWINE, R. (Eds). **The Rise of Critical Animal Studies: From the Margins to the Centre**. Milton Park: Routledge, p. 19-35, 2014.
- GOBBI, M. B. Comunicação de más notícias: um olhar da Psicologia. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v. 9, n. 1, jan./jun. 2020. 2014.
- LAING, Melissa. On being posthuman in human spaces: critical posthumanist social work with interspecies families. **International journal of sociology and social policy**, v. 41, n. 3/4, p. 361-375, 2021.
- MAHENDIRAN, M.; YEUNG, H.; ROSSI, S.; KHOSRAVANI, H.; PERRI, G.-A. Evaluating the effectiveness of the SPIKES model to break bad news—a systematic review. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 40, n. 11, p. 1231-1260, 2023.
- SEIFART, C., HOFMANN, M., BÄR, T., RIERA KNORRENSCHILD, J., SEIFART, U., & RIEF, W. Breaking bad news—what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. **Annals of Oncology**, v. 25, n. 3, p. 707-711, 2014.
- VALA, H., ESTEVES, F., MEGA, A., SANTOS, C., NÓBREGA, C., & MESSQUITA, J. Adaptation of the ABCDE model from human medicine to communicate bad news to the owner of the oncologic patient in Veterinary Medicine. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, p. 27-35, 2016.
- VON BLANCKENBURG, P., HOFMANN, M., RIEF, W., SEIFART, U., & SEIFART, C. Assessing patients’ preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. **Patient Education and Counseling**, v. 103, n. 8, p. 1623-1629, 2020.

# TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E IDEAÇÃO SUICIDA: EXPLORANDO FATORES DE RISCO E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Johana André Rocha<sup>1</sup>  
Mara Solange da Silva Amaral<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

O Transtorno Afetivo Bipolar (doravante TAB) possui uma longa trajetória histórica, que se estende desde as primeiras descrições médicas e filosóficas da Antiguidade até as formulações contemporâneas da psiquiatria. Hipócrates, no século V a.C., foi um dos primeiros a explorar a natureza dos distúrbios de humor, descrevendo estados como mania e melancolia, associando-os a desequilíbrios nos fluidos corporais. Essa perspectiva inicial começou a delinear a conexão entre diferentes estados emocionais, estabelecendo uma base para a compreensão futura dos transtornos afetivos (Campos; Campos; Sanches, 2010).

No século I d.C., Areteu da Capadócia aprofundou essa relação, sendo o primeiro a sugerir que a mania e a melancolia poderiam representar fases de uma mesma doença, um conceito que se aproxima da visão atual do TAB. No século XIX, essa ideia foi refinada pelos psiquiatras franceses Falret e Baillarger, que caracterizaram o transtorno por episódios alternados de mania e depressão. O psiquiatra Emil Kraepelin, no final do século XIX, consolidou a concepção moderna do transtorno, categorizando-o como parte das psicoses maníaco-depressivas e introduzindo a ideia de estados mistos, que explicam a coexistência de sintomas maníacos e depressivos. Ao longo do século XX, o conceito de bipolaridade foi progressivamente ampliado para incluir um espectro de distúrbios,

<sup>1</sup> Bacharela em Psicologia (USCS). CV: <https://lattes.cnpq.br/0584867863917343>

<sup>2</sup> Doutora em Administração (USCS). Professora (USCS). CV: <https://is.gd/JUfjXX>

refletindo uma compreensão mais complexa da interação entre genética, temperamento e fatores ambientais (Del-Porto; Del-Porto, 2005).

Atualmente, o TAB é definido como um transtorno de humor classificado em duas principais categorias: transtorno bipolar tipo I, caracterizado por pelo menos um episódio maníaco, precedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos; e transtorno bipolar tipo II, que inclui um episódio depressivo maior e um episódio hipomaníaco (APA, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o TAB é considerado uma doença crônica que afeta de 1% a 5% da população e apresenta um alto índice de mortalidade, em grande parte devido à elevada frequência de suicídio entre seus portadores. Aproximadamente entre 15% e 20% das pessoas com TAB morrem por suicídio, e entre 30% e 60% tentam pelo menos uma vez ao longo da vida (Gergel; Adiukwu; McInnis, 2024).

Tal quadro se justifica pela presença de episódios depressivos, em que os indivíduos podem experimentar sentimentos intensos de desesperança e desamparo, sendo esses precursores potenciais da ideação suicida. Da mesma forma, episódios maníacos podem levar a comportamentos impulsivos, aumentando o risco de tentativas de suicídio e de comportamentos arriscados. Além disso, Costa (2008), Cavalieri et al. (2023) e Nery-Fernandes e Miranda-Scippa (2013) sugerem que a presença de comorbidades, como transtornos de ansiedade ou abuso de substâncias, também pode colocar os indivíduos em comportamento de risco.

É importante ressaltar que as causas do suicídio são múltiplas, envolvendo fatores socioculturais, econômicos, psicológicos e até mesmo características de certas estruturas ambientais. Relatos evidenciam que as pessoas enfrentam sofrimento intenso causado por dificuldades no trabalho ou na busca por cuidados de saúde, conflitos familiares, perdas afetivas, problemas nos relacionamentos, bullying, isolamento social, depressão e luto não resolvido, entre outros. Embora a presença de transtornos mentais e afetivos, como o TAB, seja reconhecida como um fator de risco relevante, ela não explica, por si só, a ideação sui-

cida. Esses fatores atuam de forma interconectada, contribuindo para o entendimento da complexidade que envolve as motivações por trás desse fenômeno (Botega, 2014; Amaral e Gouveia, 2023).

Diante dessa complexidade, o presente trabalho aborda o TAB e a ideação suicida, com foco na identificação dos fatores de risco e das principais estratégias de prevenção, propondo a seguinte questão norteadora: Quais fatores de risco para ideação suicida em indivíduos com TAB podem ser priorizados nas intervenções preventivas?

A busca por alternativas de intervenção, a identificação precoce de fatores de risco e a atuação com estratégias integradas podem ser determinantes na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com TAB (Ramos; Cardoso; Tudela, 2024). Assim, a hipótese deste trabalho considera que, ao entender e intervir sobre os fatores de risco, é possível não apenas reduzir o risco de suicídio, mas também promover o bem-estar dos indivíduos com TAB. A adoção de estratégias integradas de cuidado, envolvendo profissionais de saúde, familiares e redes de apoio, apresenta-se como um caminho promissor para garantir maior estabilidade emocional e a promoção da saúde mental a longo prazo (Machado-Vieira et al., 2005).

O objetivo desta pesquisa foi analisar os fatores de risco associados à ideação suicida em indivíduos com TAB e investigar as principais intervenções psicossociais. A compreensão abrangente desses fatores de risco e suas intervenções é fundamental para aprimorar as estratégias de prevenção e promover melhores condições de vida para os pacientes diagnosticados com TAB.

Entre os objetivos específicos, o primeiro é descrever os principais fatores de risco que influenciam a ideação suicida no TAB. Em seguida, busca-se relatar as principais intervenções psicossociais no tratamento do TAB associado à ideação suicida e, por fim, propõe-se comparar as estratégias de intervenção mais utilizadas para reduzir o risco de suicídio nesse transtorno.

O estudo se justifica por sua contribuição para os profissionais de saúde mental, no aprimoramento de protocolos de acompanhamento e tratamento de pessoas com TAB, promovendo maior eficácia na prevenção da ideação suicida. O avanço nesse campo pode resultar em políticas públicas mais eficientes para o tratamento do transtorno e prevenção do suicídio, oferecendo uma base de conhecimento essencial para profissionais da saúde, pesquisadores e responsáveis por políticas de saúde mental. Quanto à relevância social, contribui para a possibilidade de salvar vidas ao proporcionar uma visão aprofundada sobre as intervenções mais eficazes, auxiliando na diminuição das taxas de mortalidade associadas ao suicídio em indivíduos com TAB (Ramos; Cardoso; Tudela, 2024).

O entendimento do TAB permite a elaboração de protocolos terapêuticos que incluem a família e a rede de apoio social, aumentando a adesão ao tratamento e promovendo uma recuperação mais sustentável, não apenas melhorando os resultados individuais, mas também fortalecendo as políticas de saúde pública voltadas à saúde mental, promovendo um sistema mais eficaz e humanizado. Assim, o aprofundamento nesse tema pode auxiliar na capacitação dos profissionais de Psicologia na atuação do tratamento do TAB (Calil; Justo, 2004).

## **PESQUISA: MÉTODO E RESULTADOS**

Este estudo caracteriza-se como uma Revisão Sistemática, conduzida de acordo com as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses 2020 (PRISMA 2020), a fim de garantir rigor metodológico e transparência na seleção e análise dos estudos (Page et al., 2022).

Em março de 2025, foram compilados e analisados dados existentes sobre TAB e ideação suicida, buscando identificar fatores de risco e principais intervenções. A unidade de análise foi composta por artigos científicos das seguintes bases de dados: PubMed, Scopus, SciELO e Web of Science.

Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos de acordo com as recomendações do método PRISMA, visando assegurar a seleção de estudos relevantes e de alta qualidade (Page et al., 2022).

Critérios de inclusão: estudos publicados em periódicos revisados por pares; artigos disponíveis em português ou inglês; publicações entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2024; estudos que abordassem diretamente os temas TAB e ideação suicida, auxiliando na identificação de fatores de risco e estratégias de prevenção; e artigos de acesso aberto.

Critérios de exclusão: artigos duplicados em diferentes bases de dados; estudos em idiomas distintos do português ou inglês; revisões sistemáticas, narrativas, integrativas ou meta-análises; publicações que tratassem exclusivamente de aspectos legais ou sociopolíticos sem relação direta com fatores psicológicos ou psiquiátricos; artigos não disponíveis em acesso livre; e aqueles que abordassem outros transtornos ou temas não relacionados ao escopo deste estudo.

Foram utilizados as palavras-chave “transtorno afetivo bipolar”, “TAB”, “ideação suicida”, “fatores de risco” e “intervenções preventivas”, nas línguas predefinidas, abrangendo o período de 2020 a 2024, com o intuito de reunir evidências atualizadas e relevantes sobre o tema.

Inicialmente, foram identificados 1.290 estudos, sendo 1.286 na base Web of Science, 2 na Scopus, 2 na PubMed e nenhum na SciELO. Para garantir a originalidade dos registros e evitar duplicações, utilizou-se a ferramenta Zotero. Após a análise, não foram encontrados artigos repetidos entre as bases consultadas.

Na etapa seguinte, foi realizada a triagem dos artigos. Dos dois artigos encontrados na Scopus, ambos foram excluídos por não abordarem o tema proposto. Da PubMed, um foi excluído por se tratar de revisão e o outro por não apresentar relação direta com o foco temático da pesquisa. Após essa triagem inicial, permaneceram quinze artigos da base Web of Science que demonstraram possível relevância para os critérios de inclusão estabelecidos.

Dois artigos foram excluídos por não estarem disponíveis em língua portuguesa ou inglesa, conforme os critérios de inclusão. Um terceiro artigo foi excluído por abordar apenas aspectos legais relacionados ao TAB e suicídio, sem tratar de fatores psicológicos ou psiquiátricos associados à ideação suicida. Dessa forma, doze estudos compuseram a amostra final desta revisão.

## CARACTERÍSTICAS DOS ACHADOS

Os doze estudos incluídos apresentaram delineamentos variados, abrangendo coortes retrospectivas, ensaios clínicos randomizados, estudos transversais e análises secundárias de dados, permitindo identificar padrões consistentes em fatores de risco e intervenções relacionadas à ideação suicida em indivíduos com TAB.

No âmbito farmacológico, Antolín-Concha et al. (2020) e Dervic et al. (2023) demonstraram que estabilizadores de humor, como lítio e ácido valpróico, estão associados à redução da ideação suicida, sendo o lítio particularmente eficaz em pacientes com idade superior a 42 anos e histórico prévio de tentativas. Esses achados reforçam a importância do manejo medicamentoso na prevenção do suicídio em diferentes faixas etárias e perfis clínicos.

Em termos de intervenções psicossociais e familiares, Miklowitz et al. (2020) evidenciaram que a terapia focada na família prolonga o tempo sem comportamentos suicidas em jovens com risco para TAB, destacando o papel da rede de apoio na adesão ao tratamento e na promoção da estabilidade emocional.

Os estudos também identificaram fatores clínicos e psicológicos que aumentam a vulnerabilidade à ideação suicida. Zakowicz et al. (2021) e Monson et al. (2021) associaram impulsividade, comorbidades psiquiátricas e histórico de tentativas prévias a maior risco de ideação suicida. Llamocca et al. (2022) observaram que jovens com TAB e histórico de

autolesão apresentam maior gravidade de sintomas e risco aumentado de ideação suicida, reforçando a importância de monitoramento contínuo.

Aspectos físicos e cognitivos foram igualmente relevantes. Rosa e Leão (2021) relataram alta prevalência de dor crônica entre pacientes com TAB, muitas vezes sem manejo adequado, associando-se à ideação suicida. Stenzel et al. (2022) e Lengvenyte et al. (2022) destacaram a influência de obesidade e síndrome metabólica, bem como déficits em memória verbal, sobre o risco de tentativas suicidas, especialmente em idosos. Paribello et al. (2023) apontaram que alterações no metabolismo do triptofano podem contribuir para comportamentos suicidas, sugerindo uma interação complexa entre fatores biológicos e psicológicos.

Por fim, Fiedorowicz et al. (2024) e Rossom et al. (2021) enfatizaram a utilidade de algoritmos preditivos e do histórico de tentativas para identificar indivíduos com maior risco, permitindo intervenções mais direcionadas e estratégias de prevenção eficazes.

Entre os fatores de risco, o que se destaca é a impulsividade, que foi associada a maior probabilidade de tentativas.

Entre os fatores de risco, o que se destaca é a impulsividade, identificada como um dos principais preditores de ideação suicida e tentativas de suicídio em indivíduos com TAB (Zakowicz et al., 2021; Llamocca et al., 2022). A impulsividade pode levar a decisões precipitadas e comportamentos de risco, mesmo em períodos de humor relativamente estável, aumentando as chances de comportamento suicida.

Quanto às estratégias de intervenção, as evidências apontaram para a combinação de tratamentos farmacológicos, com estabilizadores de humor como lítio e ácido valpróico, e intervenções psicossociais específicas, especialmente a terapia focada na família. Essa abordagem mostrou-se eficaz ao envolver a rede de apoio, otimizar a adesão medicamentosa e promover o monitoramento contínuo de sinais de recaída.

As implicações dos resultados desta revisão se desdobram em três níveis fundamentais: clínico, político e científico.

No campo clínico, os achados reforçam a importância de avaliações contínuas, sistemáticas e integradas do risco suicida em indivíduos diagnosticados com TAB. É imprescindível que os profissionais de saúde mental adotem protocolos de monitoramento que considerem não apenas a presença de ideação suicida, mas também fatores associados, como impulsividade, histórico de tentativas, comorbidades psiquiátricas e dor crônica. A implementação de intervenções psicoterapêuticas específicas, como a terapia focada na família ou estratégias de regulação emocional, torna-se essencial, especialmente quando aliadas a abordagens farmacológicas baseadas em evidências.

No âmbito das políticas públicas, os dados evidenciam a necessidade urgente de desenvolvimento e fortalecimento de estratégias de prevenção do suicídio voltadas à população com TAB, reconhecidamente mais vulnerável. Isso inclui não apenas a ampliação do acesso a serviços de saúde mental qualificados e centrados no cuidado contínuo, mas também a capacitação de equipes da atenção primária, da rede de atenção psicossocial e de serviços de urgência e emergência. Políticas voltadas à redução do estigma, à promoção do diagnóstico precoce e ao suporte familiar e social são igualmente cruciais para minimizar o impacto do transtorno e reduzir a mortalidade por suicídio nesse grupo.

Por fim, no campo da pesquisa científica, os resultados destacam lacunas importantes ainda existentes. Há necessidade evidente de estudos longitudinais, multicêntricos e com maior rigor metodológico, capazes de captar a complexidade temporal e multifatorial da relação entre o TAB e a ideação suicida, bem como de explorar de maneira mais aprofundada o papel de fatores psicossociais, culturais e contextuais na modulação do risco suicida em diferentes subgrupos de pessoas com TAB.

## CONSIDERAÇÕES

A presente revisão sistemática permitiu compreender, de maneira abrangente, a complexidade que envolve a relação entre o TAB e a ideação suicida, evidenciando que essa associação é influenciada por múltiplos fatores interligados de ordem biológica, psicológica e social.

Os resultados apontam que elementos como impulsividade, comorbidades psiquiátricas, histórico prévio de tentativas, dor crônica e idade precoce de início do transtorno configuram fatores de risco para a ideação suicida em indivíduos com TAB.

Esses achados reforçam a necessidade de uma abordagem terapêutica integrada, que envolva tanto intervenções psicossociais direcionadas quanto o manejo farmacológico, com destaque para aquelas que incluem a participação da família e das redes de apoio. A combinação dessas estratégias mostrou-se eficaz na promoção da estabilidade emocional, na adesão ao tratamento e na redução da vulnerabilidade ao comportamento suicida.

Além disso, evidencia-se a importância de que o acompanhamento clínico seja contínuo e atento aos sinais de risco, mesmo durante os períodos de eutimia, uma vez que a ideação suicida pode persistir de forma latente. A atuação interdisciplinar dos profissionais de saúde mental, aliada ao fortalecimento de vínculos afetivos e sociais, constitui um pilar essencial na prevenção de desfechos mais graves.

Em âmbito mais amplo, esta revisão também destaca a urgência de políticas públicas voltadas à prevenção do suicídio e ao cuidado especializado da população com TAB. A ampliação do acesso aos serviços de saúde mental, a capacitação das equipes multiprofissionais e a redução do estigma em torno do transtorno são medidas fundamentais para garantir um cuidado mais humanizado e efetivo.

Por fim, ressalta-se que a compreensão aprofundada dos fatores associados à ideação suicida no contexto do TAB contribui significativamente para o avanço das práticas clínicas e para a formulação de intervenções baseadas em evidências. Espera-se que os resultados desta

revisão estimulem novas pesquisas e subsidiem estratégias de prevenção mais precisas, capazes de promover qualidade de vida e reduzir a mortalidade associada ao TAB.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, M. S. da S.; GOUVEA, V. C. Suicídio: a trajetória formativa do psicólogo escolar para atuar com esta demanda. In: ARAÚJO, V. F. de (org.). **A educação enquanto fenômeno social:** Propósitos econômicos, políticos e culturais. 3 ed. Ponta Grossa, PR, Atena Editora, 2023. E-book.
- ANTOLÍN-CONCHA, D. *et al.* Suicide mortality and use of psychotropic drugs in patients hospitalized due to bipolar disorder: A Finnish nationwide cohort study. **Journal of affective disorders**, [S. l.], v. 277, p. 885–892, 2020. Disponível em: <https://is.gd/yaPT4o>. Acesso em: 18 maio 2025.
- APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais:** DSM-5. 5 ed. [S. l.], Artmed, 2014.
- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, Campinas, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: <https://is.gd/SjtTpG>. Acesso em: 18 maio 2025.
- CALIL, H. M.; JUSTO, L. P. Intervenções psicosociais no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [S. l.], v. 31, n. 2, p. 91-99, 2004. Disponível em: <https://is.gd/75qP21>. Acesso em: 18 maio 2025.
- CAMPOS, J. A. O.; CAMPOS, R. N.; SANCHES, M. A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 162- 166, 2010. Disponível em: <https://is.gd/9XFDHD>. Acesso em: 18 maio 2025.
- CAVALIERI, M. F. *et al.* Correlação entre uso de álcool e drogas e o risco de suicídio em pessoas diagnosticadas com transtorno afetivo bipolar: uma visão geral. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1-21, 2023. Disponível em: <https://is.gd/hbvaXR>. Acesso em: 18 maio 2025.
- COSTA, A. M. N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [S. l.], v. 35, n. 3, 104-110, 2008. Disponível em: <https://is.gd/rUR4z7>. Acesso em: 18 maio 2025.
- DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K. O. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [S. l.], v. 32, p. 7-14, 2005. Disponível em: <https://is.gd/mZdNrt>. Acesso em: 18 maio 2025.
- DERVIC, K. *et al.* Antisuicidal effect of lithium in bipolar disorder: is there an age- specific effect?. **Journal of affective disorders**, [S. l.], v. 341, p. 8–11, 2023. Disponível em: <https://is.gd/ghi9Uk>. Acesso em: 18 maio 2025.
- FIEDOROWICZ, J. G. *et al.* Validation of a youth suicide risk calculator in an adult sample with bipolar disorder. **Journal of affective disorders**, [S. l.], v. 347, p. 278– 284, 2024. Disponível em: <https://is.gd/LCxzot>. Acesso em: 18 maio 2025.

GERGEL, T.; ADIUKWU, F.; MCLNNIS, M. Suicide and bipolar disorder: opportunities to change the agenda. *Lancet Psychiatry*, [S. l.], n. 10, p. 781-784, 2024. Disponível em: <https://is.gd/pGA9CE>. Acesso em: 18 maio 2025.

LENGVENYTE, A. *et al.* Violent suicide attempt history in elderly patients with bipolar disorder: The role of sex, abdominal obesity, and verbal memory: Results from the FACE-BD cohort (FondaMental Advanced center of Expertise for Bipolar Disorders). *Journal of affective disorders*, [S. l.], v. 296, p. 265-276, 2022. Disponível em: <https://is.gd/znkMeH>. Acesso em: 18 maio 2025.

LIAMOCCA, E. N. *et al.* Correlates of deliberate self-harm among youth with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, [S. l.], v. 302, p. 376-384, 2022. Disponível em: <https://is.gd/mHhnM1>. Acesso em: 18 maio 2025.

MACHADO-VIEIRA, R. *et al.* As bases neurobiológicas do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, [S. l.], v. 32, p. 28-33, 2005. Disponível em: <https://is.gd/VQzQXh>. Acesso em: 18 maio 2025.

MIKLOWITZ, D. J. *et al.* Effects of family-focused therapy on suicidal ideation and behavior in youth at high risk for bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, [S. l.], v. 275, p. 14-22, 2020. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7395856/>. Acesso em: 18 maio 2025.

MONSON, E. T. *et al.* Assessment of suicide attempt and death in bipolar affective disorder: a combined clinical and genetic approach. *Translational psychiatry*, [S. l.], v. 11, n. 1, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34234108/>. Acesso em: 18 maio 2025.

NERY-FERNANDES, F.; MIRANDA-SCIPPA, A. Comportamento suicida no transtorno afetivo bipolar e características sociodemográficas, clínicas e neuroanatômicas associadas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, [S. l.], v. 40, n. 6, 220- 224, 2013. Disponível em: <https://is.gd/qLnmFn>. Acesso em: 18 maio 2025.

PAGE, M. J. *et al.* A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 31, n. 2, 2022. Disponível em: <https://is.gd/MV3HaR>. Acesso em: 18 maio 2025.

PARIBELLO, P. *et al.* Probing the Association between Cognition, Suicidal Behavior and Tryptophan Metabolism in a Sample of Individuals Living with Bipolar Disorder: A Secondary Analysis. *Brain sciences*, [S. l.], v. 13, n. 4, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37190658/>. Acesso em: 18 maio 2025.

RAMOS, A. J. F.; CARDOSO, E. M.; TUDELA, G. C. Transtorno Bipolar e o Risco de Suicídio: Revisão Integrativa. In: FREITAS, G. B. I. *et al.* (Org.). **Saúde Mental: Desafios da Prevenção, Diagnósticos, Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna**.

Edição XVIII. [S. l.], Editora Pasteur, 2024, cap. 8, p. 54-59. Disponível em: <https://is.gd/ZgKNz1>. Acesso em: 18 maio 2025.

ROSA, A. C. F.; LEÃO, E. R. Pain in the bipolar disorder: prevalence, characteristics and relationship with suicide risk. *Rev Lat Am Enfermagem*, [S. l.], v. 29, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34190952/>. Acesso em: 18 maio 2025.

ROSSOM, R. C. *et al.* Prediction of suicidal behavior using self-reported suicidal ideation among patients with bipolar disorder. **Journal of affective disorders**, [S. l.], v. 295, p. 410–415, 2021. Disponível em: <https://is.gd/wVDguP>. Acesso em: 18 maio 2025.

STENZEL, C. *et al.* Effects of metabolic syndrome and obesity on suicidality in individuals with bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, [S. l.], v. 298, p. 357-364, 2022. Disponível em: <https://is.gd/QMPfYF>. Acesso em: 18 maio 2025.

ZAKOWICZ, P. *et al.* Impulsivity as a Risk Factor for Suicide in Bipolar Disorder. **Frontiers in psychiatry**, [S. l.], v. 12, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34366939/>. Acesso em: 18 maio 2025.

# ENTENDENDO A TERAPIA DO ESQUEMA: ANÁLISE DO FILME “O QUARTO AO LADO”

Giovana Corral de Araujo<sup>1</sup>  
Heloísa Corrêa Pain<sup>2</sup>  
Marina Pineroli Bochnia<sup>3</sup>  
Nina Dalledone Malucelli<sup>4</sup>  
Sarah Pabst Salles<sup>5</sup>  
Cloves Antonio de Amissis Amroim<sup>6</sup>

## INTRODUÇÃO

A Terapia do Esquema é uma abordagem de psicoterapia integrativa que acolhe contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental de Beck e outras abordagens como Gestalt, Construtivistas, Psicanalítica e Terapia Focada na Emoção (GÓES, VASQUES e LEÃO, 2025, p. 13). São encontradas três fases no desenvolvimento da Terapia do Esquema. A primeira, na década de 90, quando Jeffrey Young desenvolveu métodos mais primorosos na formulação de casos e na escolha apurada de tratamentos para pacientes de difícil manejo clínico. A segunda fase “o impacto da pesquisa holandesa em que houve a aproximação entre Young e Arntz”. Nesta ocasião fundou-se a sociedade internacional de Terapia do Esquema (ISST), fundada com o propósito de treinar e certificar o modelo de terapia. E nos Estados Unidos, simultaneamente, ocorre a terceira fase de evolução da Terapia do Esquema; em 2009, Joan Farrell e Ida Shaw elaboraram uma proposta de terapia de grupo baseada na Terapia do Esquema.

<sup>1</sup> Psicologia (PUC-PR). CV: <https://lattes.cnpq.br/4578398674606746>

<sup>2</sup> Psicologia (PUC-PR). CV: <https://lattes.cnpq.br/5365154923539976>

<sup>3</sup> Psicologia (PUC-PR). CV: <https://lattes.cnpq.br/1920341420504849>

<sup>4</sup> Psicologia (PUC-PR). CV: <https://lattes.cnpq.br/1920341420504849>

<sup>5</sup> Psicologia (PUC-PR). CV: <https://lattes.cnpq.br/8697165498560514>

<sup>6</sup> Doutorado em Educação (PUC-PR). Professor (PUC-PR). CV: <http://lattes.cnpq.br/2720552812846198>

De acordo com Young et al. (2008), um esquema é composto [...] um tema ou padrão amplo e difuso, que contém memórias, emoções e sensações corporais; está relacionado a si próprio ou aos relacionamentos com outras pessoas; sendo desenvolvido durante a infância ou adolescência, elaborado ao longo da vida do indivíduo e disfuncional em nível significativo. (GÓES, VASQUES e LEÃO, 2025, p. 15)

Cardoso e Paim (2023) organizaram a obra “Terapia do Esquema no Cinema: os filmes e séries na compreensão da prática clínica”. Os autores afirmam que o uso de filmes e/ou séries em processos de análise e intervenção psicológicas já é conhecido na literatura, indicando (Cardoso & Barletta, 2018; Monteiro & Pereira, 2015). Afirmando que produtos cinematográficos podem proporcionar, com certa proximidade, um recorte de diversas realidades. Por meio deles, as pessoas tendem a identificar aspectos pessoais que convergem com as características de determinados personagens e/ou das histórias de vida que esses vivenciaram.

Este capítulo regista a experiência de acadêmicas do 8º período do curso de Psicologia da Escola de Medicina e Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. A atividade foi realizada sob a supervisão e orientação do Professor Doutor Cloves Antonio de Amissis Amorim na disciplina de Práticas Clínicas. Analisou-se a obra “O quarto ao lado”, filme do cineasta espanhol Almodovar.

### **História de vida da Martha**

Para início da conceitualização do caso, Martha, a personagem principal do filme e alvo da análise, tem idade inferida entre 50 a 60 anos, solteira, com o grau de escolaridade inferida ensino superior completo. Sua trajetória profissional se desenvolve na área do jornalismo, atuando especificamente como correspondente de guerra. Martha engravidou aos 18 anos de Fred, um homem com quem se relacionou durante o período

colegial, quando tinha em torno de 15 anos. Isso ocorreu após ele retornar da Guerra do Vietnã, de onde voltou abalado e desestabilizado. Ao descobrir a gravidez, contou a ele, mas, diante de sua afirmação de que conseguiria lidar sozinha com a situação e que teria o apoio dos pais, Fred acabou se mudando para outra cidade, onde formou uma nova família.

Dedicada à carreira de jornalista de guerra, acabou se ausentando da vida da filha, Michelle, o que resultou em um vínculo materno fragilizado. Durante a infância, Martha nunca contou para sua filha quem era seu pai, mesmo com ela demonstrando desejo de reencontrá-lo, fazendo com que sentisse raiva da mãe por escondê-lo. Essa omissão fez com que Michelle expressasse sentimento de frustração e raiva em relação à mãe. Somente quando já era mais velha, Martha contou para Michelle quem era seu pai, mas o mesmo havia morrido em um incêndio.

Ademais, ao longo de sua vida, Martha não estabeleceu relacionamentos amorosos estáveis ou duradouros, envolvendo-se apenas em vínculos passageiros e marcados pelo desapego. Grande parte de seu tempo foi dedicada a ambientes de guerra, onde o trabalho intenso a mantinha afastada dos laços íntimos e reforçava sua distância das relações afetivas mais próximas. Portanto, essas escolhas, junto com a informação do pai de Michelle e a distância emocional entre as duas, intensificaram em Martha a sensação de nunca ter sido uma boa mãe.

Após receber seu diagnóstico de câncer na cervical, ainda que não tenha mantido contato por anos, informou sua filha, a qual demonstrou desinteresse pelo estado de saúde e tratamento dela. Diante de seu diagnóstico, Martha dizia estar “pronta para ir” (sic) e até se sentiu perdida quando recebeu a notícia que existia a possibilidade de outros métodos de tratamentos experimentais que poderiam funcionar.

Depois de ponderar suas opções a respeito da aderência ao tratamento, optou por tratar-se de acordo com a opinião médica. Entretanto, após algumas sessões, recebeu a notícia de que o câncer havia avançado

para metástase nos ossos e no fígado, e que o tratamento não seria bem sucedido, restando a ela pouco tempo de vida. Martha, ao tomar consciência de seu estado real, optou pela eutanásia, pois afirmava que merecia “uma boa morte” (sic) e que não queria passar por mais “dores excruciantes” (sic). A decisão surgiu como forma de possibilidade de escolha de sua própria morte, em um lugar de preferência, que não fosse ligado a memórias e com alguém que confiasse para estar ao seu lado. Martha relatou que esse era “seu jeito de lutar” (sic) e que não gostaria que seus últimos momentos fossem de muita dor e sofrimento.

Seus últimos dias passaram-se em uma casa afastada da cidade onde morava, com uma amiga íntima do período que iniciou seus trabalhos como jornalista. Passou seus últimos dias ouvindo pássaros e assistindo a programas de seu gosto. Em um momento de troca com sua amiga Ingrid, percebeu que “tudo perdeu a graça” (sic) e que não tinha mais vontade de ler, escrever ou escutar música como antes. No dia seguinte, vestiu sua melhor roupa, se arrumou como não fazia a tempos, escreveu cartas para sua amiga e família e deitou em uma espreguiçadeira, onde ficou ouvindo os pássaros, até o seu descanso final.

## Domínios e Esquemas

A partir do Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3) foi possível identificar três esquemas principais em Martha: Privação Emocional, Padrões Inflexíveis e Inibição Emocional, sendo o primeiro pertencente ao domínio de Desconexão e Rejeição, e os outros dois ao domínio Supervigilância e Inibição. O domínio de Desconexão e Rejeição está relacionado à necessidade básica fundamental de aceitação e preenchimento, que pode se manifestar de diferentes formas, como afeto, por exemplo. Assim, esse domínio é caracterizado pela dificuldade de formar vínculos afetivos.

O esquema de Privação Emocional manifesta-se por um desamparo emocional associado a contextos familiares com figuras parentais que, embora presentes, demonstram posturas frias emocionalmente. Dessa forma, o indivíduo internaliza a crença que suas necessidades emocionais não serão atendidas de forma adequada. Esse esquema pode se apresentar de três formas principais: privação de cuidados, caracterizada pela carência de afeto, carinho e atenção; privação de empatia, como ausência de compreensão, capacidade de escuta e compartilhamento de experiências emocionais; e, por fim, privação de proteção, relacionada à ausência de orientação, de força e de transmissão de segurança por parte dos outros.

Já o quinto domínio, Supervigilância e Inibição, normalmente surge de um padrão familiar exigente, severo e punitivo. Indivíduos com esquemas desse domínio suprimem sentimentos e impulsos e se esforçam para cumprir regras rígidas internalizadas, pois tiveram sua expressão legítima de necessidades e sentimentos tolhida na infância. Dentro desse domínio, o esquema de Padrões Inflexíveis caracteriza-se pela crença na necessidade de sempre estar na altura de padrões elevados de comportamento e de evitar críticas, podendo manifestar-se como perfeccionismo, regras rígidas, extrema atenção aos detalhes e preocupação com o tempo e eficiência. Outro esquema identificado em Martha e pertencente ao mesmo domínio é o de Inibição Emocional, que ocorre com o intuito de evitar desaprovação e sentimentos como vergonha. Mais comumente aparece como inibição da raiva e agressividade, de impulsos positivos, na dificuldade em expressar vulnerabilidade e também como ênfase excessiva na racionalidade. Todos esses esquemas que a personagem apresenta estão conectados entre si pela sua solidão e a busca por uma pessoa que a acompanhe nesse momento.

Para além dos esquemas da paciente, foi possível ainda identificar em Martha seus mecanismos de perpetuação dos mesmos, especificamente distorções cognitivas e modos de enfrentamento. Quando um indivíduo percebe situações de maneira equívocada de forma a

reforçar seu esquema, isso é chamado de distorção cognitiva (Young, Klosko e Weishaar, 2008), ou erros de pensamento. Em Martha, eles se manifestam principalmente como catastrofização, prevendo sempre o pior e ignorando possibilidades positivas; polarização, pensando em extremos; e leitura da mente, acreditar saber o que o outro pensa sem evidências. Outro modo de perpetuação dos esquemas é seu modo de enfrentamento, nesse caso a resignação, na qual a paciente paralisa e aceita seu esquema como verdadeiro, agindo de maneira a confirmá-lo (Young, Klosko e Weishaar, 2008).

Conforme citado anteriormente, no momento da intervenção Martha está enfrentando três problemas principais: uma doença incurável, dificuldade em encontrar alguém que a acompanhe no processo de eutanásia, e a situação mal resolvida com a filha, sendo todas essas situações que ativam seus esquemas desadaptativos. Além desses fatores contextuais, é importante citar como fatores temperamentais e biológicos também afetam o surgimento dos esquemas, e nesse sentido podemos destacar na paciente traços de personalidade rígida e inibida.

Tendo em vista a história de vida de Martha, seu contexto atual e toda a análise dos seus esquemas, a relação terapêutica, no contexto de pacientes em fase terminal, tem na reparentalização limitada um recurso fundamental, pois esta busca suprir as necessidades emocionais básicas não atendidas ao longo de seu desenvolvimento, promovendo uma experiência emocional corretiva. Além disso, exige do terapeuta disponibilidade afetiva e empática, em busca de um vínculo terapêutico genuíno e próximo. Ademais, é essencial que o profissional mantenha uma postura flexível, sendo capaz de se adaptar às demandas específicas de paciente em fase terminal, garantindo um acompanhamento sensível e adequado.

### **Diálogo com a teoria**

Martha apresenta problemas graves relacionados ao fim de sua vida. A mesma enfrenta uma doença incurável que gera um sofrimento físico e psicológico constante, além disso ela passa por uma dificuldade

em encontrar alguém para acompanhá-la durante o período de eutanásia ocasionando um sentimento de solidão. Ademais, ela possui uma relação mal resolvida com a filha que envolve conflitos emocionais que agravam a sensação de isolamento.

Estes cenários influenciam e reforçam os esquemas de inibição emocional (evita demonstrar medo ou vulnerabilidade, mantendo uma postura rígida e controlada diante da doença terminal), padrões inflexíveis (insiste que tudo seja feito exatamente como planejou, mostrando rigidez e resistência a alternativas ou ajuda externa) e privação emocional (dificuldade em se abrir e a relação mal resolvida com a filha reforçam a sensação de solidão e carência afetiva); que se conectam pela busca de uma pessoa ao lado de Martha na sua morte.

De acordo com a Terapia do Esquema, os esquemas iniciais desadaptativos se formam a partir de experiências precoces em que necessidades emocionais fundamentais não são atendidas. No caso de Martha, percebe-se a ativação dos esquemas de privação emocional e inibição emocional como centrais. A ausência de vínculos afetivos constantes, tanto na adolescência ao lidar sozinha com a maternidade, quanto posteriormente em sua relação distante com a filha, contribuiu para o fortalecimento desses esquemas. A repetição desses padrões ao longo da vida reforça a crença de Martha de que não pode contar com os outros para prover apoio emocional ou acolher sua vulnerabilidade.

Outro esquema relevante é o de padrões inflexíveis caracterizado pela rigidez, perfeccionismo e alto padrão e controle. Martha demonstra esse funcionamento em sua insistência em que sua morte ocorra exatamente de acordo com sua vontade, sem espaço para alternativas ou flexibilidade. Esse esquema, segundo Young (2003), muitas vezes se associa à ideia de que qualquer falha em manter o controle, resulta em um sofrimento insuportável. No caso dela, a tentativa de planejar minuciosamente a própria morte pode ser compreendida como um esforço de hipercompensação frente ao medo da dor e da perda de dignidade que se conecta diretamente ao domínio de Supervigilância e Inibição.

No que se refere aos modos de enfrentamento observa-se em Martha uma predominância da resignação esquemática, pois ao longo de sua vida, ela parece ter aceitado passivamente a ausência de afeto e proximidade emocional, tanto em seus relacionamentos amorosos quanto na relação com a filha. Entretanto, ainda que apareça predominantemente um tipo de modo de enfrentamento, também emergem momentos de evitação esquemática, quando Martha recorre ao trabalho em zonas de guerra e a vínculos superficiais, para que não entre em contato com sentimentos de solidão e abandono. Tais modos de enfrentamento, embora funcionais em certos momentos de vida e a curto prazo, perpetuam o isolamento e reforçam seus esquemas centrais, impedindo que experiências emocionais corretivas ocorram.

A ênfase clínica recai sobre a possibilidade de fortalecer este adulto saudável por meio da reparentalização limitada e do incentivo à expressão emocional, mesmo em contexto de cuidados paliativos, de modo a favorecer uma morte com maior dignidade e conforto. Nesse sentido, a Terapia da Dignidade se torna a principal escolha de intervenção para Martha tendo em vista sua condição, pois os objetivos terapêuticos devem ser estabelecidos não no sentido de desenergizar seus esquemas, mas sim de promover qualidade de morte e dignidade em seus momentos finais.

Sugere-se a utilização da Terapia da Dignidade, desenvolvida por Harvey Max Chochinov e seu grupo de pesquisa, que consiste em um modelo de psicoterapia breve tendo como base a ideia da criação de um legado: o paciente é incentivado a falar sobre sua história de vida e sobre o que gostaria de ser lembrado. A partir daí o paciente produz um legado em forma de gravações ou escrita e pode ser entregue a seus familiares ou outras pessoas significativas ao final da intervenção (Espíndola *et al*, 2017).

A dignidade é uma construção complexa e rebuscada; compreende-la requer mais do que apenas documentar sua relação com as várias questões de cuidados em fim de vida. [...] embora saibamos das prevalências de preocupações relacionadas à dignidade entre os que estão morrendo e as várias associações entre a dignidade e as fontes comuns de sofrimento, precisamos entender melhor como os pacientes avaliam a dignidade e as ques-

tões a ela relacionadas à medida em que se aproximam da morte. (CHOCHINOV, 2024, p. 7)

Chochinov sugere que esse formato de psicoterapia seja feito em três ou quatro encontros, em um período de aproximadamente duas a três semanas, onde primeiramente explica-se ao paciente como se dará esse processo e o entrega o protocolo de questões da terapia da dignidade. Nós próximos encontros, as perguntas são realizadas e as sessões gravadas para posterior transcrição, e na conclusão o documento produzido é entregue ao paciente para análise e alterações. Então decidirá o destino deste documento, se será entregue ou não, e em caso positivo, a quem (Espíndola *et al*, 2017).

No caso de Martha, entende-se que a produção de tal legado auxiliaria na elaboração das questões de sua história que causam sofrimento a ela, principalmente no que diz respeito à relação com a filha. Dessa forma encaram-se os esquemas de privação e inibição emocional, incentivando maior abertura dessas questões, espaço para especulação e imaginação, e possibilidade de abrir uma via de comunicação para que Martha expresse o que tem vontade a Michelle, tornando seu processo de eutanásia mais leve. Ao começo do tratamento é necessário ainda estabelecer uma direção de cura, ou seja, definir as metas do processo terapêutico. Sendo um processo breve de psicoterapia dentro de cuidados paliativos, o objetivo principal é ajudar a paciente a morrer com dignidade. O segundo, é promover um luto saudável dos sobreviventes, no caso a amiga de Martha, Ingrid, e principalmente sua filha, Michelle, que também se beneficiaria muito da terapia da dignidade.

## CONSIDERAÇÕES

O estudo de caso da personagem Martha, a partir da Terapia do Esquema e da Terapia da Dignidade, evidencia como os esquemas iniciais desadaptativos influenciam escolhas, vínculos, formas de lidar com perdas e adversidades. A significativa presença dos esquemas de inibição emocional, privação emocional e padrões inflexíveis mostra a

dificuldade de Martha em se permitir ser acolhida, mantendo uma vida repleta de solidão e rigidez. Nesse cenário, a Terapia do Esquema não busca eliminar os esquemas, mas sim possibilitar que Martha viva seus últimos momentos de forma digna e significativa.

Além disso, a Terapia da Dignidade colabora não somente com o alívio do sofrimento de Martha, mas também no favorecimento e auxílio aos familiares e entes queridos na elaboração de um luto saudável, abrindo espaços para que novas experiências emocionais possam ser vividas mesmo em um curto período de tempo. Assim, este caso ressalta a importância da integração entre modelos, da sensibilidade do terapeuta, o impacto deixado nos sobreviventes e o cuidado ético no acompanhamento de pacientes em estágio terminal. Além disso, este estudo evidencia a relevância de realizar estudos de caso baseados em narrativas cinematográficas, que favorecem o exercício clínico e permite a aproximação entre teoria e prática.

## REFERÊNCIAS

- CARDOSO, B.L.A. e PAIM, K. **Terapia do Esquema no Cinema:** os filmes e séries na compreensão da prática clínica. Belo Horizonte – MG: Artesã, 2023.
- CHOCHINOV, H.M. **Terapia da Dignidade:** finitude, legado e dignidade nos cuidados paliativos. Santana de Parnaíba – SP: Manole, 2024.
- ESPÍNDOLA, A. Terapia da dignidade para adultos com câncer em cuidados paliativos: um relato de caso. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p. 567–580, jun. 2017. Disponível em: <https://is.gd/1kfMeT>. Acesso em: 6 set. 2025.
- GÓES, D.S., VASQUES, F. e LEÃO, J. Introdução ao modelo conceitual da terapia do esquema. Em: GÓES, D.S. e VASQUES, F (orgs.) **Terapia do Esquema**. São Paulo – SP: Hogrefe, 2025.
- KRISTENSEN, A. D e KRISTENSEN, C. H. **A relação terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais:** prática clínica e aspectos transteóricos. Porto Alegre - RS: ArtMed, 2024.
- SCHÜTZ, N. T.; SILVA, J. V. A. e MÜLLER, F. G. **Estudo de Casos em Terapia do Esquema**. Novo Hamburgo – RS: Sinopsys Editora, 2021.
- YOUNG, J. **Terapia cognitiva para transtornos de personalidade:** uma abordagem focada no esquema. Porto Alegre – RS: ARTMED, 2003.
- YOUNG, J.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Terapia do esquema:** guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed, 2008.

# DA ANGÚSTIA À CARTOGRAFIA: COMO SABER-FAZER A PSICANÁLISE CONTEMPORANEAMENTE?

Saulo Albert<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

No início do curso de formação em psicanálise ofertado pelo Centro de Estudos Psicanalíticos (CEP), somos apresentados, para além das aulas teóricas, a um dispositivo chamado *Hora Clínica*. Trata-se de momentos semanais nos quais o grupo em formação dialoga e debate, com a supervisão de um analista diferente a cada semana, sobre questões e curiosidades atreladas à prática e à experiência clínica. Com o objetivo geral de deslocar os saberes teóricos para as vivências pessoais, esse dispositivo ainda provoca os participantes, frente a uma formação institucional pluralista, a conviverem com as diferenças, questionando supostas verdades universais em prol da subjetividade e das vivências pessoais.

Em minha primeira experiência na Hora Clínica, o tema escolhido pelo grupo foi: *o porquê do divã: qual a sua função?*. Resquício do tratamento hipnótico, conforme Sigmund Freud (2024 [1913]), o divã protege o analista do olhar constante e favorece o surgimento da transferência, isolando o que é do paciente. Contudo, em meio aos diferentes percursos teóricos, formativos e pessoais de cada sujeito, as respostas sobre o divã foram múltiplas e, por vezes, contraditórias. A analista que nos acompanhou, por um lado, entendia o divã como *instrumento* e o estar nele como uma espécie de *promoção* – desse modo, se um sujeito desinformado deita-se de início no divã, ele poderia ser convidado a se levantar. Por outro lado, os demais formandos, a partir das suas experiências clínicas, trouxeram variados (e, por vezes, divergentes) relatos e experiências sobre o uso desse instrumento, seja *online*, seja *offline*, ilustrando uma falta de consenso psicanalítico sobre a temática.

<sup>1</sup> Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade (UESB). CV: <http://lattes.cnpq.br/1839347307032312>

Outros encontros desse dispositivo formativo, com relatos de formandos de diferentes regiões do Brasil e também do exterior, seguiram ilustrando, para mim, a ausência de um *solo comum* na psicanálise. Essa diversidade, embora me atraia, também reverbera em angústia. Kierkegaard (2017 [1844]) define a angústia como *vertigem diante da liberdade* – como o abismo que se abre frente às múltiplas possibilidades de escolha. E ainda que Freud não dialogue diretamente com o filósofo, pesquisas indicam ressonâncias entre ambos (Oliveira; Gontijo, 2013; Vargas; Santos, 2022). Nesse sentido, tal leitura me conduz à noção freudiana de angústia relacionada ao desamparo e ao perigo (Freud, 2014 [1926]), que, no meu contexto, manifesta-se diante dos riscos no percurso em meio a uma pluralidade epistemológica com suas muitas divergências. Se essa *liberdade* provoca vertigem, como sugere Kierkegaard, Freud exemplifica como a instauração de uma *ordem moral* pode funcionar como forma de minimizar a angústia do sujeito na cultura:

Por intermédio do reino bondoso da divina Providência, a angústia diante dos perigos da vida é aplacada; a instauração de uma ordem moral mundial garante a realização da exigência de justiça [...]. Respostas às questões enigmáticas colocadas pela vontade de saber [*Wissbegierde*], tais como sobre a origem do mundo e sobre a relação entre o corporal e o anímico, são desenvolvidas sob os pressupostos desse sistema; o que significa um grandioso alívio para a psique individual é que os conflitos da infância provenientes do complexo paterno, nunca inteiramente superados, sejam-lhe retirados e levados a uma solução aceita por todos (Freud, 2023 [1927], p. 263).

Uma ordem de tal gênero na psicanálise, contudo, recairia no dogmatismo. Não havendo, então, uma *solução* psicanalítica generalizável, mas sim uma série de divergências e disputas nesse campo, a minha angústia, antes mesmo da entrada no CEP, direcionou-me à pesquisa e, consequentemente, à cartografia. Assim, tomando como base a metodologia da pesquisa teórica em psicanálise (Couto, 2010) e o exemplo de percurso metodológico utilizado Joel Birman (2024), utilizo as pistas do método cartográfico para me guiar nesse trajeto em busca de como saber-fazer a psicanálise contemporaneamente.

Entendendo a cartografia em interface com a psicanálise, trata-se do mapeamento de uma caminhada como método, construído caso a caso (Barros; Kastrup, 2010), que leva em consideração a implicação relacionada às forças inconscientes e a dinâmica na estruturação de um domínio entendida através do jogo interpessoal da transferência e da contratransferência (Passos; Barros, 2010). Nesses termos, para desenhar essa rede de forças que tenho como objeto, preciso me reconhecer como sujeito do inconsciente implicado, com um olhar que não é neutro, e o meu percurso cartográfico como uma construção que intervém na realidade.

## **TROPEÇANDO EM DIVERGÊNCIAS PSICANALÍTICAS**

Kastrup e Barros (2010) entendem que a proximidade entre cartografia e geografia, ao invés da história, remete à processualidade dos processos de subjetivação nos territórios. Assim sendo, o início do meu atendimento por um psicanalista lacaniano, por volta de 2013, e o início do meu percurso formativo em psicanálise, no ano de 2017, também atravessado pelo pensamento de Jacques Lacan, em uma especialização desenvolvida por professores vinculados à Escola Brasileira de Psicanálise (EBP), não mais me parecem coincidências.

Morando no interior da Bahia, antes de uma maior disponibilização de formações e cursos de psicanálise *online* por parte de grandes centros e escolas, adentrar um percurso clínico-teórico mais ortodoxo e/ou intensivo em um grande centro urbano era basicamente impossível. Por isso, sem me aprofundar em uma genealogia explicativa da popularidade de Lacan na psicanálise do interior nordestino em aparente proporção comparativa com o eixo sul-sudeste, penso que isso seja, também, resultado de uma formação historicamente mais acessível e flexível. Nesse primeiro momento, inclusive, eu sabia da existência da *International Psychoanalytical Association* (IPA), mas, apenas de modo superficial, como um eixo *divergente* (eufemismo para algumas qualificações sofisticadamente pejorativas) da Associação Mundial de Psicanálise (AMP).

Depois, veio a pandemia de COVID-19 que, apesar de ter sido um evento catastrófico, trouxe para mim a vantagem de poder acessar formações provenientes de instituições de ensino fora do meu eixo geo-

gráfico. Ilustrando esse trajeto, atravessei a especialização em Antropologia Cultural da PUCPR e aprendi que os antropólogos não são grandes fãs de Freud – como vemos, por exemplo, na resposta de Bronislaw Malinowski (2013 [1951]) ao texto freudiano *Totem e Tabu*. Além disso, na especialização em Sociopsicologia da FESPSP, não apenas descobri novas possibilidades de intercessão entre ciências sociais e psicanálise, como a *sociologia clínica* (Albert, 2024), mas também tive aulas com professores formados em psicanálise pelo Instituto *Sedes Sapientiae*, introduzindo-me a perspectivas psicanalíticas para além da linha freudo-lacaniana.

Passado o período mais agudo da pandemia, tive a oportunidade de apresentar dois trabalhos no *6º Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão*. Durante uma dessas apresentações, acerca da psicanálise atrelada ao contexto pandêmico, fui elogiado por um psicanalista pela minha leitura e interpretação lacaniana sobre o tema, o qual, durante esse mesmo diálogo, compartilhou que também trabalhava com Lacan, mas que não se limitava a esse autor, já que ele atuava sob a ótica de uma tal *psicanálise contemporânea*. Até esse evento, eu nunca tinha me atentado a essa expressão específica e não sabia ao certo do que se tratava.

Ainda no referido congresso, participei de um minicurso com a ousada proposta de apresentar *a grande mudança* (no singular) na psicanálise após o período de Freud até Lacan. Nessa aula, o professor explanou como, até a década de 1980, a psicanálise abarcava quatro principais *linhas*, com muitas divergências e embates entre si, mas que, após Lacan, a psicanálise teria mudado: seria essa a tal psicanálise contemporânea, *supostamente*, segundo o docente. Foi-nos afirmado, a partir do exemplo de John Bowlby, que a teoria do apego teria substituído as concepções clássicas sobre sexualidade infantil, que nos livros modernos de psicanálise não encontrariam mais o termo *libido* e que deveríamos pensar os transtornos a partir das relações, deixando de lado conceitos como *pulsão de morte* e *sexualidade*. Esse professor estava ministrando uma prévia do seu curso de especialização (*lato sensu*) cuja ementa se pretendia representativa da psicanálise contemporânea. Após essa apresentação, demorou vários meses até eu entender que não existe consenso sobre o que seria

uma psicanálise contemporânea e, além disso, que a perspectiva desse docente está muito longe de ser majoritária e bem aceita nesse campo.

Transcorridos dois anos, após esse congresso, ao longo dos quais me engajei, inicialmente provocado pela psicanálise, em uma travessia de estudos nas áreas de memória, psicologia, sociologia e filosofia, desejei, antes de assumir o compromisso de uma formação em psicanálise, *desenferrujar-me* (modo como eu me sentia, afastado dos estudos mais diretamente psicanalíticos). Ou talvez ainda houvesse, em mim, algo que insistia em perguntar: o que é, afinal, essa psicanálise contemporânea de que, agora, tanto se fala – e por que ela tanto me inquieta?

Sustentando a falta que essa questão fazia emergir, matriculei-me na especialização em *Psicanálise e análise do contemporâneo* da PUCRS. Porém, buscando me encontrar, eu me perdi ainda mais – o que já antecipo não ser uma crítica a esse curso (pelo contrário). Com Sissi Vigil Castiel, comecei a conhecer as problemáticas do ego e do narcisismo através da perspectiva da escola kleiniana e de André Green. Por intermédio de Facundo Blestcher, Fernanda Canavêz e Thamy Ayouch, descobri possíveis articulações entre os saberes de Freud, Michel Foucault e Judith Butler, com críticas contemporâneas a concepções freudianas sobre a sexualidade (reconhecendo que, historicamente, a escuta psicanalítica reproduziu modelos de violência), e, por isso, reconhecendo a importância de se revisar a psicanálise, mas mantendo a potência e vitalidade da sua escuta (Drehmer; Falcão, 2019) – o que pode ser exemplificado pelos manifestos por uma psicanálise decolonial ou pós-colonial. Sob a orientação de vários professores, mas principalmente através de Mônica Medeiros Macedo, entendi a importância da retomada de Sándor Ferenczi para a clínica na contemporaneidade. E pelas contribuições de Marie-Christine Laznik, foi reforçada a possibilidade de se fazer pesquisa psicanalítica adaptada ao modelo experimental da ciência contemporânea, traduzindo conceitos psicanalíticos clássicos para uma linguagem científica interdisciplinar.

Ficou evidente para mim, então, que no campo da psicanálise não há dominância de um único ponto de vista. Contudo, conforme Couto (2010, p. 65), isso não representa um problema, pois, melhor que

um dogmatismo despótico e unitário, “quanto maior a pluralidade de esquemas teóricos explicativos plausíveis, maior será a liberdade com a qual o cientista terá que trabalhar os objetivos que tem em vista”.

De qualquer modo, isso não soluciona, em mim, a vertigem proveniente do mal-estar frente a tamanha liberdade a amplitude teórico-clínica. Sinto, talvez, o que Birman (2024, p. 46) qualifica como o *desamparo na contemporaneidade*, atravessado pelo excesso e marcado “pela finitude, pelo imprevisível e sem ter qualquer garantia absoluta para se sustentar”, o que me trouxe de volta para a angústia e, por consequência, para o desejo de mapear um possível *solo comum*.

## EM MEIO À PLURALIDADE, A (FALHA) BUSCA POR UM SOLO COMUM

Retomando a experiência com a minha última especialização, na disciplina sob a condução de Luis Cláudio Figueiredo, identifiquei-me com a necessidade de uma leitura crítica das teorias psicanalíticas e fui mobilizado pela interlocução entre Winnicott e Ferenczi na forma de uma psicanálise transmatricial como modalidade da psicanálise contemporânea. Na tentativa de dialogar com diferentes saberes de diferentes linhas e escolas, seria a transmatricialidade uma proposta que me permitiria isso?

Buscando materiais sobre a temática, cheguei novamente a Figueiredo (2017). Segundo o psicanalista, nos planos psicopatológicos e clínicos, o reino freudiano precisa dar espaço a *outras heranças* (no plural) e, nessa seara, a psicanálise contemporânea se caracteriza pelo seu caráter transmatricial. *Excelente!* Mas, no mesmo artigo referenciado, é explicitado que a psicanálise transmatricial une as matrizes freudo-kleiniana e a ferenciana-winnicottiana. Onde encontro, então, Lacan? Buscando uma resposta, Franco (2021) argumenta que esse trabalho transmatricial destitui do destaque o lacanianismo, apesar de não implicar em antagonismo ou ignorância. Todavia, apesar das desavenças e críticas que fui desenvolvendo à matriz lacaniana, preciso reconhecer tanto o mérito da minha experiência em análise, com um analista lacaniano, quanto de uma série de desenvolvimentos teóricos e clínicos de Lacan que me atravessaram positivamente.

Outra tentativa que fiz na busca de uma *afetuosa* convergência psicanalítica foi por meio da obra *The common ground of psychoanalysis* (Wallerstein, 1991c), resultado de um simpósio promovido pela IPA que reverberou em alguns anos de debates e pesquisas na tentativa de encontrar um *terreno comum* entre as diferentes escolas psicanalíticas (freudiana clássica, kleiniana, lacaniana, independente etc.).

Nesse trabalho, Wallerstein (1991a; 1991d) traça o pluralismo na psicanálise a partir de Melanie Klein, já que ela foi responsável pelo primeiro grande movimento de divergência teórica interna que conseguiu se sustentar dentro da psicanálise, repercutindo na formação de três grupos: kleiniano, freudiano (ligado a Anna Freud) e independente (*Middle Group*). Em meados do século XX, predominava a escola da *Ego Psychology* nos Estados Unidos (EUA), enquanto outras correntes de pensamento se desenvolviam em diferentes países e idiomas, panorama pluralista esse que só passa a ter mais eco nos EUA no início da década de 1990. Nesse período, já conviviam no campo psicanalítico mais algumas outras escolas: a lacaniana, a bioniana, a escola britânica das relações objetais (incluindo Winnicott), novos desenvolvimentos, como a *Psicologia do Self* de Kohut, além de várias vertentes mais independentes – incluindo uma certa emancipação latino-americana.

Esse complexo cenário resultou no debate que gerou a referida obra: a palestra de abertura no 35º Congresso da IPA intitulada “Uma psicanálise ou várias?”. Wallerstein (1991a) defendeu, nesse debate, que todas essas diferentes correntes ainda são reconhecíveis como psicanálise porque compartilham certos pressupostos fundamentais – como a importância do inconsciente. Assim, as diferentes metapsicologias seriam como metáforas explicativas para organizar o material clínico, existindo muitas psicanálises no plano teórico, mas uma única prática psicanalítica no plano clínico baseada na escuta do inconsciente, na dinâmica da transferência e da contratransferência, e no trabalho empático.

Mesmo essa defesa a favor de maior convergência, contudo, gerou divergência, como ilustrado no texto de Richards (1991) que defende a teoria da coerência como processo hermenêutico, ou seja, a *verdade* dependeria da coerência interna entre crenças e percepções, o que admite

múltiplas verdades dependendo do contexto e da interpretação. Desse modo, a teoria da coerência permitiria justificar a pluralidade de abordagens – mesmo em face das críticas que cobram um modelo único de referência psicanalítico. Wallerstein (1991b), assim, conclui que o objetivo de definir um solo comum para a psicanálise não foi plenamente alcançado, pois mesmo existindo uma prática clínica compartilhada em muitos aspectos, as linguagens metapsicológicas são distintas e há divergências teóricas significativas.

## A PLURALIDADE COMO TRAÇO DA PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA

A minha inquietação quanto à psicanálise contemporânea, conforme aqui cartografado, partiu da minha participação no congresso anteriormente mencionado, mas foi alimentada pelas constantes menções posteriores ao tema que chegavam até a mim. Fernando Urríbarri (2015, p. 230) confirma essa minha percepção ao constatar que “[...] a expressão *psicanálise contemporânea* se encontra amplamente difundida em nosso meio”. Quanto a isso, o autor indica um aspecto negativo – a banalização da contemporaneidade como sinônimo de atualidade –, mas também ressalta o lado positivo da inclusão ao vocabulário psicanalítico de uma mudança que afeta a prática e a disciplina – tratando-se de um questionamento “[...] que nomeia um novo território e abre um horizonte além da crise”, reconhecendo o mal-estar pós-moderno em sua especificidade e entendendo o presente da psicanálise como parte de um *vir a ser* aberto e vivo, o que ainda demanda uma revisão crítica do legado dos modelos freudianos e pós-freudianos na forma de um programa coletivo de pesquisa.

Em evento no CEP sobre a clínica do mal-estar contemporâneo (em abril de 2025), Urríbarri apresentou a psicanálise contemporânea, mais uma vez, como um projeto coletivo – para além dos reducionismos dogmáticos das escolas. Nessa seara, a pesquisa freudiana, assim como a psicanalítica atual, já era plural e contraditória, visto que havia mais de uma linha dentro da obra de Freud. Posteriormente, essas linhas ainda se ampliaram e se diversificaram com a inclusão, além da clínica das

neuroses, da clínica das psicoses e dos estados-limite. Já a clínica contemporânea, com referência a André Green, inclui novas configurações de sofrimento psíquico, como a dessubjetivação, a despersonalização e o mal-estar relacionado às questões narcísicas, o que requer novos dispositivos clínicos, mudanças de enquadre e o desenvolvimento de ferramentas teórico-clínicas próprias.

A perspectiva de Urribarri, não obstante, coexiste com outras diversas. Em debate (2010) sobre as *tendências da psicanálise contemporânea*, Elizabeth Lima da Rocha Barros entende que os diversos modelos do pensamento analítico devem ser colocados em diálogo, sob elasticidade e pluralismo, com o cuidado de se evitar uma tendência à simplificação desse pensamento – essa tentativa de diálogo teve como um dos exemplos a realização do *simpósio Klein-Lacan* em dezembro de 2010 em Londres. Representando uma das várias instituições de formação em psicanálise independentes, o Círculo Psicanalítico de Pernambuco (CPP), Ivo de Andrade Lima Filho (2016) defende a importância da pluralidade teórica e paradigmática na psicanálise contemporânea, disposição essa que reverbera em certa tensão permanente entre suas diferentes orientações, mas que mantém a vitalidade do campo. Birman (2024, p. 19), por sua vez, entende que a “[...] valência doutrinária de certas concepções vigentes no campo psicanalítico funcionam como obstáculo crucial para a escuta das novas formas de subjetividade que a cena contemporânea nos oferece”, o que nos demanda questionar certo *fundamentalismo* que acomete a comunidade psicanalítica, além da necessidade de reconhecer de que a ética da psicanálise tem necessariamente um desdobramento político.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo esse panorama me traz de volta, não por acaso, ao ponto de partida do nosso trabalho: o CEP. Pois, já atravessado pelo pluralismo dessa psicanálise contemporânea, a minha busca por uma formação se deu nesse mesmo sentido. Tive a confirmação da minha escolha ao ler o texto de Ernesto Duvidovich (1998) com algumas considerações sobre o processo formativo no CEP, o qual, em consonância com o mapeamento feito por este trabalho, questiona o dogmatismo do saber

psicanalítico, colocando o pluralismo como uma consigna, e defende a relativização de propostas ao se importar uma teoria de uma cultura para a outra, considerando o ofício analítico na intersecção entre arte e ciência através de uma pedagogia que inclua as alteridades.

Isso, contudo, não resolve a minha angústia de lidar com um saber-fazer abarcado por tantos conflitos e, paralelamente, por tamanha liberdade e amplitude teórico-epistemológico-clínica. Mas, hoje, entendo que se trata de um caminho necessário, já que o método psicanalítico não pode ser reduzido a uma técnica dogmática, demandando a cada analista, em meio à pluralidade, a recriação da técnica com a construção de um estilo próprio (Vorcaro, 2010). Além disso, sigo Lima Filho (2016) na consideração de que *retornar à Freud* também significa retomar seu espírito criativo e inventivo, percurso esse que deve ser feito por cada formando conforme seus desejos e cuja trajetória nunca se esgota e nem termina.

Assim, se a minha introdução à linha freudo-lacaniana já foi repleta de desafios, dialogar com tantas outras linhas, e com suas intersecções conflitivas, parece-me algo próximo da ordem do impossível, o que reverbera a angústia que relatei inicialmente. Mas, elaborando uma analogia a partir de Freud (2024 [1919]; 2024 [1915]), se o *sofrimento* serve como *força motriz* para a análise, assim como o *desejo* de cura, permitirei que essa angústia, somada ao desejo compulsivo de saber, sirvam de motor nessa trajetória, ainda sem resposta definida, sobre como saber-fazer a psicanálise contemporaneamente.

## REFERÊNCIAS

ALBERT, Saulo. O Nome-do-Pai é um conceito transcultural? Uma pesquisa de campo na Coreia do Norte sob o viés psicanalítico. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 9, p. 1-23, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.9-380>. Disponível em: <https://is.gd/GDR9OX>. Acesso em: 23 abr. 2025.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 52-75.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 19. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2024.

COUTO, Luis Flávio Silva. Quatro modalidades de pesquisa em psicanálise. In: KYRILLOS NETO, Fuad; MOREIRA, Jacqueline Oliveira (org). **Pesquisa em psicanálise**: transmissão na universidade. Barbacena: EdUEMG, 2010. p. 59–80.

DEBATE: tendências da psicanálise contemporânea. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 43, n. 79, p. 55–82, dez. 2010. Disponível em: <https://is.gd/O9zsuD>. Acesso em: 11 abr. 2025.

DREHMER, Luciana Balestrin Redivo; FALCÃO, Carolina Neumann de Barros. Para além da concepção binária cis-heteronormativa: a psicanálise interrogada pelas diversidades sexuais e de gênero. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 39, n. spe3, p. 62–74, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228536>. Disponível em: <https://is.gd/cC4irq>. Acesso em: 25 abr. 2025.

DUVIDOVICH, Ernesto. **Formação**: algumas considerações. Texto apresentado no Debate “Formação em Psicanálise”, Centro de Estudos Psicanalíticos (CEP), São Paulo, mar. 1998.

FIGUEIREDO, Luís Claudio. A psicanálise transmatricial de René Roussillon e sua dúvida ferenciana. **SIG – Revista de Psicanálise**, Porto Alegre, ano 6, n. 11, p. 43–48, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://is.gd/03idgq>. Acesso em: 12 abr. 2025.

FRANCO, Wilson de Albuquerque Cavalcanti. [Resenha] Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise. **Eleutheria – Revista do Curso de Filosofia**, v. 6, n. 10, p. 359–363, 2021. Disponível em: <https://is.gd/ZWvWvn>. Acesso em: dez. 2024.

FREUD, Sigmund. Caminhos da terapia psicanalítica (1919). In: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Trad. Claudia Dornbusch. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2024. p. 191–204.

FREUD, Sigmund. Inibição, sintoma e angústia (1926). In: FREUD, Sigmund. **Inibição, sintoma e angústia**: o futuro de uma ilusão e outros textos (1926). Trad. Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. p. 13–123.

FREUD, Sigmund. O futuro de uma ilusão (1927). In: FREUD, Sigmund. **Cultura, sociedade, religião**: O mal-estar na cultura e outros escritos. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2023. p. 233–297.

FREUD, Sigmund. Observações sobre o amor transferencial (1915). In: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Trad. Claudia Dornbusch. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2024. p. 165–182.

FREUD, Sigmund. Sobre o início do tratamento (1913). In: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Trad. Claudia Dornbusch. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2024. p. 121–149.

KASTRUP, Virgínia; BARROS, Regina Benevides de. Movimentos-funções da disposição na prática da cartografia. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 76–91.

KIERKEGAARD, Søren. **O conceito de angústia**: uma simples reflexão psicológico-demonstrativa direcionada ao problema dogmático do pecado hereditário (1844). Trad. Álvaro Luiz Montenegro Valls. Petrópolis: Vozes, 2017.

LIMA FILHO, Ivo de Andrade. Uma formação psicanalítica no CPP: possível repercussão da pluralidade paradigmática da instituição. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 46, p. 77–86, dez. 2016. Disponível em: <https://is.gd/pT3zsx>. Acesso em: 11 abr. 2025.

MALLINOWSKI, Bronislaw. **Sexo e repressão na sociedade selvagem** (1951). 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

OLIVEIRA, Ana Paula Vedovato Marques de; GONTIJO, Eduardo Dias. Angústia na contemporaneidade: uma leitura de Freud e Kierkegaard. **Revista CliniCAPS**, Belo Horizonte, n. 19, p. 1–22, jan./abr. 2013. Disponível em: <https://is.gd/JGzFo8>. Acesso em: 23 abr. 2025.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 17–31.

RICHARDS, Arnold D. The search for common ground. In: WALLERSTEIN, Robert S. (Ed.). **The common ground of psychoanalysis**. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1991. p. 243–266.

URRIBARRI, Fernando. Como ser um psicanalista contemporâneo? Da extensão do campo clínico à interiorização do enquadre. Trad. Abigail Betbedé. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 229–245, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://is.gd/KqSJhX>. Acesso em: 11 abr. 2025.

VARGAS, Jean dos Santos; SANTOS, Talita Leal. Os ecos da repetição: um diálogo entre Kierkegaard e Freud. **Ágora Filosófica**, Recife, v. 22, n. 2, p. 109–127, maio/ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.25247/P1982-999X.2022.v22n2.p109-127>. Disponível em: <https://is.gd/ZvFPPH>. Acesso em: 23 abr. 2025.

VORCARO, Angela. Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In: KYRILLOS NETO, Fuad; MOREIRA, Jacqueline Oliveira (org.). **Pesquisa em psicanálise**: transmissão na universidade. Barbacena: EdUEMG, 2010. p. 11–23.

WALLERSTEIN, Robert S. One psychoanalysis or many? In: WALLERSTEIN, Robert S. (Ed.). **The common ground of psychoanalysis**. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1991a. p. 25–62.

WALLERSTEIN, Robert S. Psychoanalytic pluralism: the resolution of the issue? In: WALLERSTEIN, Robert S. (Ed.). **The common ground of psychoanalysis**. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1991b. p. 267–302.

WALLERSTEIN, Robert S. (Ed.). **The common ground of psychoanalysis**. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1991c.

WALLERSTEIN, Robert S. The context of the issue. In: WALLERSTEIN, Robert S. (Ed.). **The common ground of psychoanalysis**. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1991d. p. 3–24.

# **FUNÇÕES EXECUTIVAS E REABILITAÇÃO COGNITIVA PÓS-AVC: INTERVENÇÕES BASEADAS NA NEUROPSICOLOGIA**

Paulo Cesar Machado<sup>1</sup>

## **INTRODUÇÃO**

O acidente vascular cerebral (AVC) constitui uma das principais causas de mortalidade e incapacidade funcional no mundo, representando um grave problema de saúde pública devido às suas consequências neurológicas e cognitivas. Segundo Skidmore, Eskes e Brodtmann (2023), o AVC pode comprometer significativamente funções superiores do cérebro, como atenção, memória, linguagem e, principalmente, as funções executivas, responsáveis pela regulação do comportamento e pelo planejamento de ações. Tais prejuízos impactam diretamente a autonomia e a qualidade de vida dos indivíduos, exigindo intervenções terapêuticas eficazes e integradas. Diante desse cenário, a compreensão dos mecanismos cognitivos afetados e das estratégias de reabilitação torna-se fundamental para o desenvolvimento de abordagens mais eficazes e personalizadas no contexto clínico.

As funções executivas, por sua vez, desempenham papel essencial na coordenação de processos mentais complexos, permitindo ao indivíduo organizar comportamentos, tomar decisões e adaptar-se a novas situações. Estudos de Simic *et al.* (2019) indicam que o comprometimento dessas funções após um AVC está associado a dificuldades significativas no desempenho das atividades diárias e na reintegração social. Esse quadro evidencia a importância de compreender os mecanismos envolvidos na disfunção executiva e de desenvolver estratégias de reabilitação que considerem a complexidade desses processos. A neuropsicologia

<sup>1</sup> Doutor em Educação (UFSC). Professor (IFSC). CV: <http://lattes.cnpq.br/7511777328964023>

tem avançado na investigação dessas funções e na proposição de intervenções terapêuticas capazes de promover a recuperação e melhorar o funcionamento cognitivo pós-lesão.

A recuperação após lesões cerebrais envolve mecanismos complexos, e dois conceitos têm se mostrado fundamentais nesse processo: a neuroplasticidade e a reserva cognitiva. Segundo Bertoni et al. (2024), a neuroplasticidade é a capacidade do cérebro de se reorganizar e criar novas conexões, permitindo que áreas não afetadas assumam funções comprometidas. Já Li et al. (2025) destacam que a reserva cognitiva — influenciada por fatores como nível de escolaridade e envolvimento em atividades intelectuais — ajuda a explicar por que pessoas com lesões semelhantes podem responder de formas tão diferentes aos tratamentos. Compreender esses aspectos é essencial para desenvolver intervenções mais eficazes e adaptadas às necessidades de cada paciente.

Diante desse cenário, este estudo busca compreender como as funções executivas influenciam a recuperação cognitiva de pessoas que sofreram um AVC. A ideia é explorar tanto os métodos terapêuticos mais tradicionais quanto as abordagens mais recentes, destacando também o papel da neuroplasticidade e da reserva cognitiva nesse processo de reabilitação. Para isso, foi feita uma pesquisa qualitativa com base em uma revisão de publicações científicas entre 2016 e 2025. Foram analisados artigos, dissertações e teses disponíveis em fontes confiáveis como SciELO, PubMed, LILACS e o Portal de Periódicos da CAPES, sempre priorizando materiais relevantes e atualizados.

Espera-se que este trabalho contribua para o campo da neuropsicologia ao oferecer uma síntese teórica atualizada sobre o tema e ao fornecer subsídios para a elaboração de intervenções clínicas mais eficazes e personalizadas. A pesquisa busca, ainda, fomentar novas reflexões acadêmicas e orientar futuras investigações sobre estratégias de reabilitação cognitiva, com potencial de aplicação em diferentes contextos clínicos e educacionais. Dessa forma, pretende-se ampliar o entendimento sobre a importância da integração entre ciência, tecnologia e prática terapêutica

na recuperação das funções executivas e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos acometidos por AVC.

## **FUNDAMENTOS NEUROPSICOLÓGICOS DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS: CONCEITOS, ESTRUTURA E PROCESSOS COGNITIVOS**

As funções executivas constituem um conjunto de processos cognitivos de ordem superior responsáveis pela regulação do comportamento, tomada de decisão, planejamento e adaptação a novas situações. Elas são fundamentais para a organização de ações complexas e para o controle consciente de respostas diante de demandas externas. Segundo Skidmore, Eskes e Brodtmann (2023), essas funções permitem que o indivíduo mantenha metas, inhiba respostas automáticas inadequadas e ajuste estratégias conforme a evolução de tarefas, sendo, portanto, essenciais para a vida cotidiana e a autonomia funcional. Sua relevância se evidencia no impacto direto sobre a qualidade de vida e na capacidade de reintegração social após eventos neurológicos.

A neuropsicologia atual entende que as funções executivas não são uma habilidade única e isolada, mas sim um conjunto de capacidades cognitivas que se conectam e se complementam. Simic e colaboradores (2019) destacam que esse conjunto inclui a memória de trabalho, o controle inibitório, a flexibilidade cognitiva e o planejamento — todas fundamentais para que possamos lidar com os desafios do dia a dia. Cada uma dessas funções atua de forma específica, mas juntas formam uma rede que sustenta nosso pensamento e comportamento. Por exemplo, a memória de trabalho nos ajuda a manter e manipular informações enquanto realizamos tarefas, e o controle inibitório é essencial para frear impulsos e evitar respostas automáticas que podem não ser adequadas ao contexto.

Nos últimos anos, temos aprendido cada vez mais sobre como o cérebro organiza e executa funções complexas, como planejar, tomar decisões e controlar impulsos. Park e colegas (2021) explicam que essas

habilidades estão fortemente ligadas ao funcionamento do córtex pré-frontal — especialmente nas regiões dorsolateral, orbitofrontal e cingulada anterior. Essas áreas não trabalham sozinhas, o que se percebe é que elas se conectam com outras estruturas mais profundas do cérebro, como os gânglios da base e o tálamo, formando uma rede sofisticada de comunicação. Quando essas conexões estão bem preservadas, conseguimos desempenhar melhor tarefas que exigem.

A reserva cognitiva emerge como conceito central para compreender a variabilidade individual no desempenho das funções executivas. Bertoni *et al.* (2024) afirmam que indivíduos com maior reserva cognitiva tendem a apresentar melhor recuperação funcional após eventos neurológicos, como o acidente vascular cerebral (AVC). Essa reserva está associada a fatores como nível educacional, engajamento intelectual e complexidade ocupacional ao longo da vida. Assim, estratégias de reabilitação que estimulam a reserva cognitiva podem potencializar a recuperação das funções executivas.

No contexto de lesões cerebrais, como o AVC, as funções executivas são frequentemente comprometidas, comprometendo significativamente a autonomia do indivíduo. Segundo Kruger, Legal e Lopes (2022), essas alterações podem se manifestar como dificuldades no planejamento, redução da flexibilidade cognitiva e prejuízo no controle inibitório. Tais déficits impactam diretamente a capacidade de realizar atividades diárias, tomar decisões adequadas e adaptar comportamentos a novos contextos. A compreensão dessas manifestações clínicas é essencial para a elaboração de estratégias terapêuticas eficazes.

A conexão entre as funções executivas do cérebro e sua capacidade de se adaptar — conhecida como neuroplasticidade — tem despertado cada vez mais atenção na área da neuropsicologia. Segundo Li *et al.* (2025), quando usamos intervenções cognitivas bem direcionadas, é possível estimular o cérebro a se reorganizar e reforçar redes neurais que foram afetadas por lesões. Essa habilidade de adaptação do sistema nervoso é o alicerce de novas estratégias terapêuticas, que apostam no

treinamento cognitivo e em tecnologias inovadoras, como a estimulação cerebral não invasiva, para acelerar e melhorar a recuperação.

O uso de tecnologias para entender e tratar as funções executivas do cérebro tem aberto novas portas na área da reabilitação. Aprile et al. (2020) mostram que a robótica, por exemplo, pode ajudar bastante pessoas que tiveram um AVC e ficaram com dificuldades cognitivas. Com esse tipo de intervenção, o cérebro é estimulado a reaprender e se reorganizar, o que contribui para a recuperação.

Além disso, outra técnica que vem ganhando espaço é a estimulação transcraniana por corrente contínua. Xu et al. (2019) apontam que ela pode ajudar o cérebro a se adaptar melhor e melhorar o desempenho mental em quem sofreu lesões. Quando essas tecnologias são combinadas com métodos mais tradicionais de reabilitação cognitiva, os resultados tendem a ser mais sólidos e eficazes, oferecendo mais chances de recuperação para os pacientes.

A abordagem multidisciplinar também se revela fundamental na reabilitação das funções executivas. Bonfim et al. (2024) enfatizam que a integração entre neuropsicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia possibilita uma intervenção mais abrangente, abordando diferentes aspectos do comprometimento cognitivo. Essa perspectiva integrada reconhece a complexidade das funções executivas e a necessidade de estratégias que atuem em múltiplos níveis do funcionamento cerebral e comportamental.

A avaliação neuropsicológica desempenha papel central na compreensão dos déficits executivos e no planejamento das intervenções. Segundo Shin et al. (2024), instrumentos específicos permitem identificar padrões de comprometimento e monitorar a evolução clínica ao longo do processo de reabilitação. Essa avaliação detalhada orienta a escolha de técnicas e intervenções mais adequadas às necessidades individuais, contribuindo para resultados mais eficazes.

O estudo das funções executivas também envolve a análise de sua relação com outras dimensões cognitivas, como linguagem e memória.

Simic *et al.* (2019) demonstram que a eficácia de intervenções em afasia pós-AVC está diretamente relacionada à capacidade de controle executivo dos pacientes. Essa interdependência reforça a importância de abordagens terapêuticas integradas que considerem o funcionamento global do sistema cognitivo, e não apenas déficits isolados.

Nos dias de hoje, com tantas mudanças rápidas nas tecnologias e nas formas de tratamento, é fundamental manter o estudo das funções executivas sempre atualizado. Pesquisas recentes mostram que adaptar os programas de reabilitação às necessidades e ao contexto de cada pessoa faz toda a diferença. Skidmore, Eskes e Brodtmann (2023) destacam que o uso de tecnologias modernas, aliado a uma compreensão mais profunda da capacidade do cérebro de se reorganizar — a chamada neuroplasticidade — e a práticas baseadas em evidências, é o caminho mais promissor para ajudar na recuperação dessas funções.

## **IMPACTOS DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO FUNCIONAMENTO COGNITIVO E NAS FUNÇÕES EXECUTIVAS**

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade em adultos e pode afetar muito mais do que os movimentos do corpo — ele também interfere de forma profunda na maneira como pensamos, lembramos e tomamos decisões. Skidmore, Eskes e Brodtmann (2023) explicam que essas dificuldades cognitivas acontecem porque o AVC interrompe o fluxo de sangue no cérebro, causando danos às áreas responsáveis por funções como atenção, memória e controle das ações. Por isso, o tratamento não pode se limitar apenas à recuperação física: é essencial cuidar também das habilidades mentais, com terapias que considerem todos esses aspectos do funcionamento cerebral.

O tipo e o local da lesão no cérebro após um AVC influenciam diretamente como a pessoa vai se recuperar em termos de pensamento e tomada de decisões. Segundo Shin *et al.* (2024), quando o dano atinge áreas como o córtex pré-frontal e suas conexões mais profundas, é comum que o indivíduo enfrente dificuldades sérias para planejar, decidir

e controlar impulsos. Esses desafios afetam diretamente a independência da pessoa e sua capacidade de se reintegrar à vida social e profissional. Quanto mais grave for a lesão e maior o tempo até o início do tratamento, maiores tendem a ser os prejuízos.

As funções executivas — como tomar decisões, planejar e se adaptar a novas situações — costumam ser bastante afetadas após um AVC, já que dependem de várias áreas do cérebro trabalhando em conjunto. Kruger, Legal e Lopes (2022) explicam que quando essas conexões são interrompidas, a comunicação entre as regiões cerebrais fica comprometida, o que dificulta a capacidade da pessoa de processar informações e lidar com tarefas mais complexas. Isso pode se refletir em atitudes impulsivas, dificuldade para mudar de ideia ou estratégia, e até em comportamentos repetitivos, o que torna mais difícil voltar a participar plenamente da vida social e profissional.

Quando as funções executivas são afetadas por um AVC — como a capacidade de planejar, tomar decisões ou se adaptar a mudanças — outras habilidades mentais também acabam sofrendo. Simic et al. (2019) apontam que esses prejuízos podem atrapalhar a memória de curto prazo e a linguagem, dificultando o aprendizado e a comunicação. Isso mostra como os processos mentais estão todos conectados e como um problema em uma área pode impactar várias outras. Por isso, é essencial que os tratamentos sejam amplos e levem em conta essa complexidade do cérebro humano.

Apesar das limitações causadas pela gravidade da lesão, o cérebro tem uma capacidade chamada plasticidade, que pode ajudar na recuperação. Li et al. (2025) explicam que, com estímulos certos — como atividades cognitivas bem planejadas — é possível que outras áreas do cérebro assumam funções perdidas, criando novas conexões e reorganizando os circuitos neurais. Isso pode permitir que a pessoa recupere, em parte ou totalmente, habilidades que foram comprometidas.

A reserva cognitiva exerce papel modulador na extensão dos déficits e no potencial de recuperação. Bertoni et al. (2024) destacam que indivíduos com maior reserva cognitiva apresentam melhor desempenho em tarefas executivas após um AVC, mesmo quando a extensão

da lesão é significativa. Esse conceito reforça a importância da estimulação intelectual ao longo da vida como fator protetor contra os impactos cognitivos de lesões cerebrais, além de orientar estratégias de reabilitação mais eficazes.

O impacto do AVC no funcionamento cognitivo vai além do domínio individual, afetando também a dinâmica familiar e social. Segundo Caetano et al. (2023), as alterações comportamentais decorrentes de déficits executivos podem gerar dependência funcional, sobrekarregar cuidadores e dificultar a reintegração do paciente em ambientes sociais e profissionais. A compreensão desses aspectos psicossociais é fundamental para a elaboração de programas de reabilitação que incluam suporte familiar e intervenções psicossociais integradas.

O uso de tecnologias emergentes tem se mostrado promissor na mitigação dos impactos cognitivos pós-AVC. Xu et al. (2019) demonstram que a estimulação transcraniana por corrente contínua pode melhorar a conectividade neural e facilitar a recuperação de funções executivas. Da mesma forma, Aprile et al. (2020) relatam que a reabilitação robótica contribui para o aprimoramento das funções cognitivas ao promover estímulos estruturados e intensivos, favorecendo a reorganização cerebral e a recuperação funcional.

A abordagem multidisciplinar é considerada essencial para lidar com a complexidade dos impactos cognitivos do AVC. Bonfim et al. (2024) afirmam que a integração entre neuropsicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos possibilita a elaboração de planos terapêuticos abrangentes e personalizados. Essa abordagem colaborativa amplia as chances de recuperação e promove a reintegração social e funcional do paciente, ao abordar de forma simultânea os múltiplos domínios afetados pela lesão.

Os déficits executivos decorrentes do AVC também apresentam implicações significativas para a reabilitação funcional. Park et al. (2021) observam que a capacidade de planejar, organizar e executar sequências de ações é fundamental para o sucesso de programas de reabilitação

motora e ocupacional. Quando comprometidas, essas habilidades reduzem a adesão ao tratamento e limitam os ganhos funcionais, destacando a necessidade de estratégias específicas para o fortalecimento das funções executivas durante o processo terapêutico.

A avaliação neuropsicológica depois de um AVC é uma ferramenta essencial para entender como o paciente está lidando com os desafios cognitivos, especialmente aqueles ligados às funções executivas, como memória, atenção e tomada de decisões. Lopez et al. (2020) destacam que, com o uso de testes bem estruturados, é possível traçar um retrato mais claro das capacidades mentais da pessoa e, a partir disso, pensar em cuidados e terapias que realmente façam sentido para ela. Esse acompanhamento constante ajuda a adaptar os tratamentos ao longo do tempo, aumentando as chances de uma recuperação mais eficaz e personalizada.

O estudo dos impactos do AVC sobre as funções executivas evidencia a necessidade de uma abordagem integrada que combine avaliação precisa, intervenções baseadas em evidências e uso de tecnologias emergentes. Skidmore, Eskes e Brodtmann (2023) ressaltam que a compreensão aprofundada dos mecanismos subjacentes aos déficits executivos e sua interação com outros domínios cognitivos constitui um passo fundamental para o desenvolvimento de terapias mais eficazes. A complexidade do fenômeno exige uma perspectiva multidimensional, capaz de abordar simultaneamente os aspectos neurológicos, cognitivos e psicossociais envolvidos no processo de recuperação.

## **ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO COGNITIVA PÓS-AVC: ABORDAGENS TRADICIONAIS E INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS**

A reabilitação cognitiva depois de um AVC é uma etapa crucial no cuidado com o paciente, voltada a ajudar a mente a se reorganizar e encontrar caminhos para compensar as habilidades que foram afetadas. Kruger, Legal e Lopes (2022) explicam que o foco dessas intervenções é estimular o cérebro a se adaptar, recuperar o que foi perdido e criar

novas formas de lidar com os desafios do dia a dia, sempre buscando mais autonomia para a pessoa. Como cada cérebro funciona de um jeito e cada lesão tem suas particularidades, é fundamental que esse processo seja pensado de forma individualizada, respeitando as necessidades e limites de cada paciente.

As estratégias mais tradicionais nesse tipo de reabilitação costumam usar exercícios específicos para fortalecer áreas como memória, atenção e controle dos impulsos. Lopez *et al.* (2020) apontam que essas atividades são feitas de forma repetitiva e progressiva, com o objetivo de ativar os circuitos cerebrais e estimular a chamada neuroplasticidade — a capacidade do cérebro de se adaptar. Apesar de serem eficazes, essas práticas exigem dedicação constante e envolvimento ativo do paciente, já que os resultados dependem muito do esforço e da continuidade do tratamento.

A terapia neuropsicológica individualizada constitui uma das principais estratégias tradicionais, fundamentando-se na avaliação detalhada dos déficits cognitivos e na elaboração de programas adaptados às necessidades específicas de cada paciente. Shin *et al.* (2024) ressaltam que essa personalização possibilita intervenções mais eficazes, pois considera fatores como idade, escolaridade, lateralidade da lesão e nível de comprometimento funcional. Esse caráter individualizado amplia as chances de sucesso terapêutico e reduz a frustração associada ao processo reabilitativo.

As abordagens compensatórias representam outra vertente importante da reabilitação cognitiva tradicional. Segundo Simic *et al.* (2019), essas estratégias têm como objetivo auxiliar o paciente a contornar déficits persistentes por meio do uso de técnicas externas, como agendas, lembretes e dispositivos eletrônicos, ou do desenvolvimento de rotinas estruturadas. Embora não promovam a restauração direta das funções executivas, essas técnicas aumentam a funcionalidade e a independência no cotidiano, sendo especialmente úteis em casos de lesões extensas ou déficits crônicos.

Com o avanço da neurociência e da tecnologia, novas abordagens vêm sendo incorporadas à reabilitação cognitiva, ampliando suas possibilidades e eficácia. Aprile *et al.* (2020) afirmam que tecnologias como

a robótica e a realidade virtual proporcionam estímulos mais intensos e diversificados, promovendo uma maior ativação das redes neurais envolvidas nos processos executivos. Tais ferramentas permitem a criação de ambientes controlados e interativos, favorecendo a generalização das habilidades treinadas para situações do cotidiano.

A realidade virtual tem ganhado destaque na reabilitação cognitiva por conseguir criar ambientes ricos e parecidos com situações reais do dia a dia. Isso permite que o paciente exerçite várias habilidades mentais ao mesmo tempo, de forma envolvente e dinâmica. Wang et al. (2019) mostram que essa imersão ajuda a manter o paciente mais engajado no tratamento e pode melhorar os resultados, estimulando o cérebro a se reorganizar e criar novas conexões. Outro ponto positivo é que a tecnologia permite acompanhar o desempenho do paciente em tempo real, o que facilita ajustes rápidos e personalizados no plano terapêutico.

Além disso, a estimulação cerebral não invasiva tem se mostrado uma aliada importante nesse processo. Xu et al. (2019) explicam que a técnica de estimulação transcraniana por corrente contínua (tDCS) ajuda a tornar certas áreas do cérebro mais receptivas, favorecendo a criação de novas conexões neurais. Quando usada junto com terapias mais tradicionais, essa abordagem pode acelerar a recuperação e tornar o tratamento ainda mais eficaz.

Hoje em dia, a reabilitação cognitiva tem se beneficiado da união entre métodos tradicionais e novas tecnologias. Li et al. (2025) apontam que juntar exercícios bem definidos com técnicas mais modernas ajuda o cérebro a se adaptar melhor, aumentando as chances de recuperação. Essa combinação mostra que diferentes formas de tratamento podem se complementar, aproveitando vários caminhos para estimular o cérebro e compensar as funções que foram afetadas.

O papel da equipe multidisciplinar é igualmente relevante na condução dos programas de reabilitação cognitiva. Bonfim et al. (2024) enfatizam que a colaboração entre neuropsicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos possibilita uma abordagem mais abrangente, capaz de abordar simultaneamente os aspectos cognitivos, motores e

funcionais. Essa perspectiva integrada amplia as possibilidades de recuperação e contribui para a reintegração social e profissional do paciente.

A chamada reserva cognitiva tem um papel importante na forma como cada pessoa responde à reabilitação após uma lesão cerebral. Ber-toni et al. (2024) apontam que quem desenvolveu mais essa reserva ao longo da vida — por meio de estudos, leitura, atividades intelectuais e sociais — costuma se recuperar mais rápido e de forma mais duradoura. Isso mostra como é valioso manter o cérebro ativo desde cedo, pois essas experiências ajudam o cérebro a se adaptar melhor quando enfrenta desafios, como os causados por um AVC ou outras condições neurológicas.

A mensuração dos resultados terapêuticos é etapa fundamental no processo de reabilitação cognitiva. Avaliações periódicas permitem acompanhar a evolução clínica, ajustar intervenções e identificar áreas que necessitam de maior estímulo. Essa prática favorece uma reabilitação mais precisa e eficiente, além de oferecer subsídios para o desenvolvimento de novas estratégias baseadas em evidências (Skidmore, Eskes e Brodtmann, 2023, p. 02).

Hoje se sabe que, para que a reabilitação cognitiva após um AVC funcione bem, é importante começar o tratamento o quanto antes, manter uma rotina de exercícios consistente e contar com a participação ativa do paciente. Park et al. (2021) destacam que os melhores resultados vêm de programas bem planejados, que combinam métodos tradicionais com novas tecnologias e o trabalho conjunto de diferentes profissionais da saúde. Essa união entre ciência, inovação e prática tem ampliado bastante as possibilidades de tratamento, ajudando as pessoas a recuperar suas habilidades mentais, ganhar mais autonomia e melhorar sua qualidade de vida.

## **PAPEL DA NEUROPLASTICIDADE E DA RESERVA COGNITIVA NA RECUPERAÇÃO PÓS-LESÃO CEREBRAL**

A neuroplasticidade é uma das ideias centrais da neurociência atual e diz respeito à incrível capacidade do cérebro de se adaptar e mudar — tanto em sua estrutura quanto em seu funcionamento — quando

estimulado, seja por experiências do dia a dia ou por intervenções terapêuticas. Li et al. (2025) explicam que essa flexibilidade é fundamental para a recuperação após uma lesão cerebral, como um AVC, pois permite que áreas saudáveis do cérebro assumam funções das regiões afetadas. Isso acontece por meio da criação de novas conexões entre os neurônios, do fortalecimento das que já existem e da reorganização de certas áreas cerebrais. Esses processos são essenciais para que a pessoa possa recuperar suas habilidades cognitivas e retomar sua autonomia.

O cérebro tem uma capacidade incrível de se adaptar e mudar, algo que os cientistas chamam de neuroplasticidade. Esse processo pode acontecer naturalmente ou ser estimulado por atividades externas, como a reabilitação cognitiva e outras terapias. Aprile et al. (2020) mostram que, quando essas intervenções são bem planejadas e iniciadas cedo, elas ajudam o cérebro a se reorganizar e a recuperar funções perdidas. E o mais interessante é que essa capacidade de mudança não se limita aos primeiros momentos após a lesão — ela pode ser ativada ao longo de todo o processo de reabilitação, mesmo em fases mais avançadas. Isso amplia as chances de recuperação e reforça como é importante manter o cérebro sempre ativo com exercícios e estímulos adequados.

Quando o cérebro sofre uma lesão, como em um AVC, ele não simplesmente para de funcionar — ele tenta se adaptar. Esse processo, conhecido como neuroplasticidade, permite que outras áreas do cérebro entrem em ação para compensar o que foi perdido. Segundo Xu et al. (2019), essa reorganização acontece por meio de mudanças nas conexões entre os neurônios e na forma como eles se comunicam, ajudando a recuperar parte das funções cognitivas afetadas. Em muitos casos, regiões do lado oposto do cérebro à área lesionada assumem tarefas que antes não eram suas, contribuindo para a retomada de habilidades como memória, atenção e tomada de decisões.

Outro fator que influencia bastante essa recuperação é a chamada reserva cognitiva. Bertoni et al. (2024) explicam que ela representa a capacidade do cérebro de lidar com danos sem que isso se traduza imediatamente em sintomas visíveis. Essa “resiliência cerebral” é moldada ao longo da vida por experiências como o nível de escolaridade, os desafios enfrentados no trabalho e o envolvimento em atividades intelectuais. Pessoas com maior reserva cognitiva geralmente se recuperam melhor

após um AVC, o que mostra como nossos hábitos e estilo de vida podem fortalecer o cérebro e ajudar na reabilitação.

A forma como o cérebro se adapta após uma lesão, como um AVC, não depende apenas da área afetada, mas também da história de vida de cada pessoa. A interação entre a neuroplasticidade — a capacidade do cérebro de se reorganizar — e a reserva cognitiva — a “bagagem mental” acumulada ao longo da vida — tem sido bastante discutida por especialistas. Skidmore, Eskes e Brodtmann (2023) explicam que a reserva cognitiva ajuda a impulsionar essa capacidade de adaptação do cérebro, favorecendo uma recuperação mais eficaz. Isso ajuda a entender por que duas pessoas com lesões parecidas podem ter evoluções bem diferentes: enquanto uma pode se recuperar rapidamente, a outra pode enfrentar mais desafios. Por isso, os autores reforçam a importância de pensar a reabilitação de forma personalizada, levando em conta não só a lesão em si, mas também os recursos mentais e experiências de vida de cada indivíduo.

Estimular o cérebro de forma direcionada é uma maneira eficaz de ajudar na recuperação após uma lesão, como um AVC. Kruger, Legal e Lopes (2022) explicam que programas de reabilitação que envolvem atividades como resolver problemas, trabalhar a memória e controlar impulsos ajudam a ativar áreas específicas do cérebro e a fortalecer as conexões entre os neurônios. Quando o paciente participa ativamente dessas tarefas, o cérebro tem mais chances de se reorganizar e retomar funções que foram afetadas.

Além disso, novas tecnologias têm contribuído bastante para esse processo. Aprile et al. (2020) mostram que a reabilitação robótica — com seus estímulos repetitivos e bem controlados — pode ajudar o cérebro a se reorganizar. Já Xu et al. (2019) destacam que a estimulação transcraniana por corrente contínua (tDCS), uma técnica não invasiva, pode aumentar a atividade cerebral e melhorar os resultados da terapia cognitiva tradicional. Tudo isso amplia as chances de recuperação, especialmente em pessoas com dificuldades nas funções executivas, como planejamento e tomada de decisões.

A reserva cognitiva não é estática e pode ser fortalecida ao longo da vida por meio de práticas intelectuais e sociais. Atividades como leitura, aprendizado contínuo e engajamento em tarefas cognitivamente desafiadoras aumentam a eficiência das redes neurais e criam rotas alternativas para o processamento da informação. Esse fortalecimento contribui para a compensação de déficits decorrentes de lesões cerebrais e para uma recuperação mais robusta e duradoura (Bertoni *et al.*, 2024, p. 7).

O papel da reserva cognitiva também se estende à prevenção de declínios cognitivos mais severos após um AVC. Segundo Li *et al.* (2025), indivíduos com maior reserva apresentam maior resistência a déficits executivos e tendem a recuperar funções de forma mais eficaz. Essa evidência reforça a importância de políticas de promoção da saúde cognitiva ao longo da vida, com foco em educação, estímulo intelectual e participação social como fatores protetores contra o impacto das lesões cerebrais.

Quando profissionais de diferentes áreas trabalham juntos — como neuropsicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais — os resultados na reabilitação tendem a ser melhores. Bonfim e colegas (2024) destacam que essa troca entre saberes ajuda a criar estratégias mais completas, que estimulam várias capacidades do cérebro e do corpo ao mesmo tempo. Isso aumenta as chances de o cérebro se adaptar e recuperar funções importantes, como a memória, o raciocínio e o controle das ações.

A temporalidade da intervenção também influencia significativamente a neuroplasticidade. Segundo Park *et al.* (2021), quanto mais precocemente forem iniciados os programas de reabilitação, maior será a capacidade do cérebro de reorganizar-se e compensar funções perdidas. A intervenção precoce aproveita períodos críticos de plasticidade aumentada, nos quais o sistema nervoso está mais receptivo a estímulos, otimizando a recuperação e reduzindo o risco de déficits crônicos.

A literatura recente reforça que a compreensão dos mecanismos de neuroplasticidade e da reserva cognitiva é fundamental para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes. Skidmore,

Eskes e Brodtmann (2023) destacam que a combinação de programas de estimulação cognitiva, tecnologias inovadoras e abordagens personalizadas constitui a base da reabilitação contemporânea. A integração entre ciência básica e prática clínica tem permitido avanços significativos no tratamento das sequelas cognitivas do AVC, promovendo maior autonomia e qualidade de vida aos pacientes.

## INTERVENÇÕES MULTIDISCIPLINARES E EVIDÊNCIAS RECENTES NA REABILITAÇÃO DE FUNÇÕES EXECUTIVAS

A recuperação das habilidades mentais após um AVC exige um cuidado que vai além de uma única especialidade. Bonfim e colegas (2024) explicam que, quando o tratamento é feito de forma isolada, os resultados costumam ser mais limitados. Já quando diferentes profissionais — como psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais — trabalham juntos, é possível cuidar ao mesmo tempo da mente, do corpo, das emoções e da vida social do paciente. Essa troca entre áreas permite enxergar a pessoa de forma mais completa, aumentando as chances de ela voltar a realizar suas atividades do dia a dia e se reconectar com o mundo ao seu redor.

A atuação conjunta de profissionais de diferentes áreas é essencial para lidar com a diversidade de déficits decorrentes do AVC. Kruger, Legal e Lopes (2022) destacam que neuropsicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos desempenham papéis complementares na reabilitação, cada um contribuindo com técnicas específicas para a recuperação de habilidades executivas. Essa cooperação favorece a construção de planos terapêuticos personalizados, ajustados às necessidades e potencialidades individuais de cada paciente.

A neuropsicologia tem papel central nesse processo, sendo responsável pela avaliação detalhada dos déficits executivos e pela elaboração de programas de intervenção cognitiva. Segundo Shin *et al.* (2024), instrumentos neuropsicológicos permitem identificar padrões de comprometimento e orientar estratégias terapêuticas adequadas.

Essa avaliação é essencial não apenas no início do tratamento, mas também ao longo do processo reabilitativo, permitindo ajustes conforme a evolução clínica do paciente.

A terapia ocupacional contribui de forma significativa para a generalização das habilidades cognitivas no contexto das atividades da vida diária. Estudo de Caetano *et al.* (2023) demonstra que intervenções baseadas em tarefas funcionais favorecem a aplicação prática das funções executivas recuperadas, promovendo maior autonomia e independência. A utilização de contextos reais nas atividades terapêuticas potencializa a transferência de aprendizado e amplia a eficácia das intervenções.

A fonoaudiologia também tem um papel importante, principalmente quando dificuldades de linguagem estão ligadas a problemas em funções como o planejamento e o controle das ações. Simic e colegas (2019) explicam que recuperar a fala não depende só da linguagem em si, mas também de como o cérebro organiza e regula os pensamentos. Quando fonoaudiólogos e neuropsicólogos trabalham juntos, os ganhos vão além da comunicação — o paciente melhora como um todo, o que mostra o valor de unir diferentes áreas no tratamento.

A fisioterapia também tem um papel importante na reabilitação, justamente por trabalhar tanto o corpo quanto a mente. Aprile e colegas (2020) explicam que, quando os exercícios físicos são combinados com atividades que exigem raciocínio e atenção, o cérebro é mais estimulado e consegue se adaptar melhor. Essa combinação ajuda a recuperar várias habilidades ao mesmo tempo, o que acelera o tratamento e melhora os resultados para o paciente.

Estudos mais recentes mostram que a tecnologia pode ser uma grande aliada na recuperação de pacientes, especialmente quando usada junto com diferentes tipos de terapias. Xu e colegas (2019) observaram que a estimulação elétrica leve no cérebro, quando combinada com exercícios para o corpo e a mente, ajuda a melhorar a comunicação entre as áreas cerebrais e acelera a recuperação de habilidades como o planejamento e a tomada de decisões. Da mesma forma, Wang *et al.* (2019) destacam que o uso do neurofeedback — uma técnica que permite ao paciente acompanhar e treinar a própria atividade cerebral — fortalece

as conexões responsáveis pelo controle mental, trazendo benefícios duradouros para o raciocínio e outras funções cognitivas.

A realidade virtual surge como outra ferramenta promissora no contexto multidisciplinar. Segundo Li *et al.* (2025), ambientes virtuais permitem simular situações complexas do cotidiano, desafiando o paciente a aplicar múltiplas habilidades cognitivas de forma integrada. Essa abordagem oferece vantagens em relação aos métodos tradicionais, como maior engajamento, feedback em tempo real e possibilidade de adaptação do nível de dificuldade às necessidades individuais do paciente.

A forma como o cérebro se adapta às dificuldades — chamada de reserva cognitiva — pode fazer toda a diferença na recuperação de uma pessoa. Bertoni e colegas (2024) mostram que pacientes com mais experiências educacionais e profissionais costumam responder melhor aos tratamentos. Por isso, é importante levar em conta a história de vida de cada um ao planejar a reabilitação. Esse cuidado torna o tratamento mais personalizado e ajuda a aproveitar melhor a capacidade do cérebro de se reorganizar e superar os desafios.

O trabalho em equipe não se limita ao espaço clínico, estendendo-se ao ambiente familiar e social do paciente. Segundo Bonfim *et al.* (2024), a participação ativa da família no processo de reabilitação é essencial para a manutenção dos ganhos terapêuticos e para a criação de um ambiente estimulante. O suporte psicossocial contribui para a motivação do paciente e facilita a transferência das habilidades adquiridas para o contexto da vida real, promovendo maior independência e qualidade de vida.

A literatura recente destaca que a precocidade e a intensidade das intervenções são fatores determinantes para o sucesso da reabilitação multidisciplinar. Programas iniciados nas fases iniciais do pós-AVC apresentam maiores taxas de recuperação funcional e menores índices de sequelas persistentes. A intensidade do tratamento, por sua vez, está associada à indução de processos neuroplásticos mais robustos, fundamentais para a reorganização funcional e cognitiva (Park *et al.*, 2021, p. 4).

Estudos recentes mostram que combinar diferentes formas de tratamento é uma das estratégias mais promissoras para ajudar na recu-

peração das funções mentais após uma lesão cerebral. Skidmore, Eskes e Brodtmann (2023) destacam que os melhores resultados acontecem quando usamos terapias comprovadas pela ciência junto com novas tecnologias e o trabalho conjunto de profissionais de várias áreas. Essa forma de cuidar do paciente leva em conta que o cérebro é complexo e precisa de estímulos variados e coordenados para se recuperar bem, o que aumenta as chances de uma melhora mais ampla e duradoura.

## METODOLOGIA

Este estudo é uma pesquisa qualitativa que se baseia em materiais já publicados e utiliza a chamada revisão integrativa. O objetivo é reunir e entender melhor o que a ciência tem descoberto sobre as funções executivas do cérebro e as formas de reabilitação cognitiva após um acidente vascular cerebral (AVC).

Como explica Gil (2019), esse tipo de pesquisa bibliográfica permite ao pesquisador explorar e refletir sobre o que já foi produzido sobre determinado tema, ajudando a compreender como ele tem evoluído ao longo do tempo. A opção pela revisão integrativa se justifica porque ela permite juntar estudos com diferentes métodos e pontos de vista, oferecendo uma visão mais completa e atualizada sobre o assunto (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Essa abordagem se encaixa bem nos objetivos do trabalho, pois busca identificar avanços teóricos e práticos dentro da neuropsicologia e das estratégias de reabilitação cognitiva, contribuindo para o cuidado e a recuperação de pessoas que sofreram AVC.

As fontes utilizadas foram artigos científicos, teses, dissertações e documentos institucionais publicados entre 2016 e 2025, disponíveis em bases de dados reconhecidas, como SciELO, PubMed, LILACS, Google Scholar e Portal de Periódicos da CAPES. Os critérios de inclusão compreenderam estudos publicados em português, inglês ou espanhol, disponíveis em texto completo, com acesso livre e que abordassem diretamente as funções executivas, a neuroplasticidade, a reserva cognitiva e as estratégias de reabilitação pós-AVC. Foram excluídos trabalhos

duplicados, publicações anteriores ao período delimitado, artigos sem revisão por pares e estudos que tratassesem de lesões neurológicas não relacionadas ao AVC. O processo de seleção seguiu as recomendações do protocolo PRISMA (MOHER *et al.*, 2009), sendo conduzido por meio de leitura exploratória, seletiva e analítica dos títulos, resumos e textos completos, garantindo a consistência e a relevância do material incluído.

A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa e interpretativa, por meio da técnica de análise temática proposta por Bardin (2016), a qual permite a identificação, categorização e interpretação de padrões emergentes nos textos selecionados. Os resultados foram organizados em eixos temáticos que dialogam com os objetivos do estudo, favorecendo a construção de um referencial teórico coeso e fundamentado. Por tratar-se de uma pesquisa exclusivamente bibliográfica, não houve envolvimento direto de seres humanos, dispensando, portanto, a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A escolha dessa metodologia justifica-se pela sua adequação à natureza exploratória e analítica do estudo, permitindo a reunião de evidências atualizadas, a redução de vieses por meio de critérios rigorosos de seleção e a construção de um panorama abrangente sobre a temática investigada.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo teve como propósito analisar as funções executivas e suas implicações no processo de reabilitação cognitiva pós-acidente vascular cerebral, com ênfase nas estratégias terapêuticas tradicionais e inovadoras, bem como no papel da neuroplasticidade e da reserva cognitiva. Os objetivos propostos foram alcançados ao se construir uma base teórica sólida sobre os conceitos fundamentais, os impactos do AVC no funcionamento cognitivo e as abordagens multidisciplinares que contribuem para a recuperação funcional. A análise realizada possibilitou compreender a complexidade dos processos executivos e a relevância da atuação integrada de diferentes áreas do conhecimento no tratamento e na reintegração dos indivíduos acometidos por lesões cerebrais.

Além disso, o uso de tecnologias inovadoras, quando combinado com métodos mais tradicionais, tende a melhorar os resultados das terapias e abrir novas possibilidades de recuperação. Apesar de o estudo ter cumprido seus objetivos, é importante reconhecer uma limitação: por ser uma pesquisa apenas bibliográfica, não foi possível observar diretamente os efeitos das intervenções na prática. Isso reforça a importância de realizar estudos experimentais e de longo prazo, que possam aprofundar ainda mais o entendimento sobre o tema.

O trabalho apresentado contribui para a área da neuropsicologia e da reabilitação ao oferecer uma síntese atualizada e crítica sobre as estratégias voltadas ao tratamento dos déficits executivos pós-AVC. Os resultados podem servir como referência para profissionais da saúde, pesquisadores e estudantes, além de subsidiar a elaboração de protocolos clínicos mais eficazes. Para estudos futuros, recomenda-se a ampliação do escopo de investigação com a inclusão de análises empíricas e a exploração de novas tecnologias emergentes, visando ao desenvolvimento de intervenções ainda mais precisas e personalizadas no campo da reabilitação cognitiva.

## REFERÊNCIAS

APRILE, Irene; GUARDATI, Giulia; CIPOLLINI, Valeria; *et al.* **Robotic Rehabilitation: An Opportunity to Improve Cognitive Functions in Subjects With Stroke. An Explorative Study.** *Frontiers in Neurology*, v. 11, 2020. DOI: 10.3389/fneur.2020.588285

BERTONI, Debora; BRUNI, Stefania; SAVIOLA, Donatella; DE TANTI, Antonio; COSTANTINO, Cosimo. **The Role of Cognitive Reserve in Post-Stroke Rehabilitation Outcomes: A Systematic Review.** *Brain Sciences*, v. 14, n. 11, 2024.

DOI: 10.3390/brainsci14111144

BONFIM, M.; COSTA, F.; PEREIRA, R.; *et al.* **Abordagem multidisciplinar na reabilitação de pacientes pós-AVC: estratégias integradas.** *Brazilian Journal of Integrative Health Sciences*, v. 5, n. 1, p. 86–95, 2024. DOI: (ver original) Disponível em: <https://is.gd/inYQxA>. Acesso em: 10 out. 2025.

CAETANO, L.; SILVA, T.; SANTOS, J.; *et al.* **Itinerário terapêutico de pacientes pós-acidente vascular cerebral: o processo da reabilitação.** *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 28, n. 2, p. 113–122, 2023. Disponível em: <https://is.gd/HEBcW9>. Acesso em: 10 out. 2025.

KRUGER, Olívia; LEGAL, Eduardo; LOPES, Fernanda. **Reabilitação de funções executivas após acidente vascular encefálico e traumatismo cranioencefálico.** *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 24, n. 3, p. 300-320, 2022.

DOI: <https://doi.org/10.15309/22psd230329> Acesso em: 10 out. 2025.

LI, Xu-Xiang *et al.* **Enhancing Neuroplasticity Post Stroke: The Role of Cognitive–Behavioral Training.** *Brains* [ou *Brain Sciences* ou revista similar], v. 15, n. 4, p. 330, 2025. Disponível em: <https://is.gd/JQ1WG>. Acesso em: 10 out. 2025.

LOPEZ, M.; GARCÍA, A.; RODRÍGUEZ, C.; *et al.* **Reabilitação neuropsicológica em pacientes com lesão encefálica.** *Apuntes de Psicología*, v. 31, n. 1, p. 45–62, 2020. Disponível em: <https://is.gd/pKkrBQ>. Acesso em: 10 out. 2025.

MDPI. **Advances in Stroke Neurorehabilitation.** *Journal of Clinical Medicine*, v. 12, n. 21, 2023. DOI: 10.3390/jcm12216734

MINELLI, Cesar; LUVIZUTTO, Gustavo J.; CACHO, Roberta de O.; *et al.* **Brazilian practice guidelines for stroke rehabilitation: Part II.** *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 80, n. 7, p. 741-758, 2022. DOI: 10.1055/s-0042-1757692.

PARK, H.-G.; KIM, S.-H.; KIM, Y.; *et al.* **Efficacy of a Training on Executive Functions in Potentiating Rehabilitation Outcomes in Stroke Patients.** *Brain Sciences*, v. 11, n. 8, p. 1002, 2021. DOI: 10.3390/brainsci11081002.

SAKAI, Katsuya; HOSOI, Yuichiro; TANABE, Junpei. **Intervention and assessment of executive dysfunction in patients with stroke:** a scoping review. *PLoS ONE*, v. 19, n. 2, e0298000, 2024. DOI: <https://is.gd/D25Ksw>. Acesso em: 10 out. 2025.

vitória

SHIN, J.; OLIVEIRA, O.; MALLORY-DINIZ, L. *et al.* **Relato de caso: Avaliação neuropsicológica após acidente vascular cerebral.** *PePSIC*, v. 1, n. 1, p. 40–54, 2024. Disponível em: <https://is.gd/E9EH7R>. Acesso em: 10 out. 2025.

SIMIC, Tijana; BITAN, Tali; TURNER, Gary; *et al.* **The role of executive control in post-stroke aphasia treatment.** *Neuropsychological Rehabilitation*, v. 29, n. 7, p. 1120–1144, 2019. DOI: 10.1080/09602011.2019.1611607

SKIDMORE, Elizabeth R.; ESKES, Gail; BRODTMANN, Amy. **Executive Function Post-stroke:** Concepts, Recovery, and Interventions. *Stroke*, v. 54, n. 1, p. 20–29, 2023. DOI: 10.1161/STROKEAHA.122.037946

WANG, Y.; ZHANG, L.; LIU, B.; *et al.* **Neurofeedback Training for Cognitive and Motor Function Rehabilitation in Chronic Stroke.** *Frontiers in Neurology*, 2019.

DOI: 10.3389/fneur.2019.00800

XU, Feng; HONG, Xin; LU, ZhongKang; *et al.* **How transcranial direct current stimulation facilitates post-stroke rehabilitation.** *arXiv preprint*, 2019. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/1902.05702>. Acesso em: 10 out. 2025.

# A ANATOMIA É O DESTINO? CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE E SUAS INTERFACES COM A PSICANÁLISE

Francisco Francinete Leite Junior<sup>1</sup>  
Raul Max Lucas da Costa<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

O presente texto surge das inquietações de um estudioso e clínico, que se constitui na tríade formativa da Psicanálise (análise pessoal, teoria e supervisão) e se debruça sobre as infinitas descobertas da Psiquê do sujeito contemporâneo atravessado pelas questões de corpo, gênero e sexualidade.

Sabe-se que em 1924, Freud usa a frase “a anatomia é o destino” (p. 252) para se referir a distinções no Édipo a partir da diferença morfológica existente entre os corpos do homem e da mulher. Afirmação contestada fortemente por movimentos sociais e outros teóricos, devido ao olhar binário predominante na época.

No entanto, a partir das Demandas contemporâneas somos cada vez mais convocados enquanto clínicos e pesquisadores a revisitar questões teórico-clínicas sobre o enlace entre corpo, gênero e sexualidade, que constituem os sujeitos em seus atravessamentos.

Nesse contexto, é fundamental destacar a relevância da compreensão das manifestações somáticas que Freud elabora, partindo de seu conceito de inconsciente e da proposição de que o aparelho psíquico se constitui a partir do corpo. Por outro lado, Lacan concebe o corpo como sendo marcado pelo significante e habitado pela libido, apresentando-o como um corpo erógeno e singular, reinterpretado através da perspectiva da linguagem.

<sup>1</sup> Doutor em Psicologia Clínica (UNICAP). Professor (UNILEAO). CV: <https://is.gd/f5TKvh>

<sup>2</sup> Doutor em Psicologia (UNIFOR). Docente (UNILEÃO). Psicanalista. CV: <https://is.gd/FTLWLD>

A sexualidade em Freud, descrita no livro “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, de 1905, estabelece que esta não deve ser tratada como instinto (comportamento animal definido pela hereditariedade), introduzindo o termo pulsão (Trieb). A presença de necessidades sexuais, assim se manifesta por meio de pulsões e tais pulsões são de natureza sexual, designadas pela libido.

Ele argumenta que a sexualidade humana não é um instinto fixo e hereditário, mas uma pulsão, um impulso psíquico mais flexível e variável. Pois as necessidades sexuais se manifestam através dessas pulsões, que são de natureza sexual. Freud utiliza o termo “libido” para designar a energia das pulsões sexuais, representando a força motriz por trás dos comportamentos sexuais, e sua teoria também postula que a sexualidade se desenvolve desde a infância, passando por diferentes fases ao longo da vida. Além disso, Freud enfatiza a plasticidade da sexualidade, afirmando que as pulsões sexuais podem se manifestar de diversas formas e não são limitadas à reprodução ou aos órgãos genitais. Esta concepção freudiana revolucionou o entendimento da sexualidade, enfatizando sua complexidade psicológica e seu papel fundamental no desenvolvimento humano.

Diferentemente, Lacan, critica o biologismo naturalizante de Freud e valoriza mais uma vez a dimensão da linguagem inerente aos processos simbólicos de subjetivação e de sexuação, recolocando a Psicanálise no debate, emergente nos anos 1970, sobre o caráter ético-político das identidades, dos discursos e das práticas sexuais.

Nesse sentido, tal estudo tem como objetivo de discutir a intersecção entre Corpo, Gênero e Sexualidade no campo da Psicanálise e apresenta-se metodologicamente como uma revisão da literatura

## **CORPO: A PELE COMO TERRITÓRIO**

O corpo na contemporaneidade tem evidenciado a não separação entre corpo e mente, corpo biológico e o corpo cultural. A pri-

meira perspectiva tem caráter anatômicos, fisiológicos e genéticos, sendo visto como um organismo com estruturas e funções determinadas biologicamente com seus processos biológicos, sistemas orgânicos e mecanismos fisiológicos.

Já a segunda perspectiva tem a cultura como centro. Apresentando o corpo como uma construção social e cultural, moldado por normas, valores e práticas de cada sociedade. Um corpo carregado de significados simbólicos, sujeito a pressões sociais e midiáticas que estabelecem padrões de beleza e comportamento. Porém a integração dessas visões permite uma compreensão mais abrangente dos corpos.

Nesse sentido, o corpo sob a visão científica é visto como matéria prima, pois se dissolve a identidade pessoal, e não se apresenta mais como uma raiz de identidade do homem. O corpo portador de histórias, singularidades e culturas está sendo reduzido a um artefato de espetacularização da indústria cultural e do consumo (LE BRETON, 2007, p. 15). Em vista disso, o corpo na contemporaneidade é entendido como uma construção, mutável e mutante, suscetível a mudanças e intervenções referentes ao desenvolvimento científico e tecnológico de cada cultura, com suas leis, códigos morais e do modo de produção de significados na vida cotidiana (GOELLNER, 2003).

Partindo dessa perspectiva, Martins (2015) traz que, o corpo atualmente está passando por inúmeras transformações, ou seja, passa por mutações que o deixa moldado, ou adaptado ao padrão desejado. Esta autonomia de pertencimento expõe o corpo como um simples objeto de que se pode livremente utilizar-se para alcançar os objetivos e sonhos, em meio a isso procura muitas vezes atingir uma imagem cultural, que supostamente precisamos aceitar, tornando-se “escravo do ideal” (ARAÚJO, 2017).

Em vista disso, a nossa sociedade modela o corpo por meio das relações sociais e culturais, numa tentativa de controlar seus usos e

comportamentos. Tendo em vista a percepção do sujeito em relação a seu corpo há uma influência pelos constructos sociais como as representações comportamentais da personalidade e dos estados emocionais. Percebe-se que cada época tem seus padrões de beleza, mas acredita-se que estes não tenham sido tão rigorosos como na contemporaneidade, em meio às diversidades de culturas existentes de uma sociedade que constantemente modifica-se (LOPES; MENDES; SOUZA, 2017).

Nota-se, que o sujeito transforma seu corpo não o apenas pelo ideal estético, mas também por um processo de socialização, tendo como principal objetivo adaptar-se aos costumes, comportamentos e modos da cultura do seu ambiente social, para que assim possa aprender a sobreviver por si mesmo e controlar seu comportamento de acordo com as exigências da vida em sociedade (PRUDÊNCIO, 2016).

Em torno disso, Foucault (2009) percebe que o corpo se tornou alvo do poder, onde o mesmo podia ser moldado, rearranjado, treinado e submetido tornando-se assim tão útil quanto sujeitado.

O corpo se viu permeado pelo poder, de modo imperceptível, por meio de técnicas de dominação. Desde sempre houve essa relação de força agindo sobre os seres humanos, mas a Modernidade trouxe aspectos que agem com o corpo de modo que o mesmo pode ser dividido, separado, medido e investigado em cada detalhe. Afinal, o corpo se tornou objeto de uma das mais fortes regulações sociais.

Em meio a essas mudanças, está também o cuidado com o corpo. Percebe-se que tanto mulheres quanto homens passaram a se preocupar mais com a imagem, com a forma como se apresentam perante a sociedade. Nessa perspectiva, o cuidado de si segundo Foucault, remete a um amplo significado onde o cuidado de si mesmo sob a natureza do ocupar-se e preocupar-se consigo próprio. O cuidado de si perpassa uma vasta possibilidade de significações com relação a como cada um pode cuidar de si mesmo (SILVA, 2017).

Assim, a Psicanálise demarca que o corpo aparece como objeto de estudo abarcando diversos campos do saber e é visto por vários ângulos. O corpo é o corpo biológico, corpo da anatomia e dos estudos intervencionistas e invasivos da medicina; o corpo social produto das disciplinas ligadas à sociologia e psicologia social, um corpo em interação com outros corpos; o corpo estético e da beleza corporal, que ganha cada vez mais espaço na mídia e no imaginário das pessoas; o corpo antropológico; o corpo objeto de arte e admiração; o corpo histórico; e o corpo da psicanálise, corpo subjetivo, abordado pelo instrumental teórico/clínico da psicanálise ( LAZZARINE E VIANA, 2006).

Então como perceber a dimensão anatômica? Vidal (2012) ressalta que Freud em seus escritos considera a afirmação - A anatomia é o destino em dois contextos distintos. Em 1912, aponta a compreensão do quanto a posição genital continuava sendo um fator decisivo e imutável. Posteriormente em 1924, ao se deparara com o édipo na menina, verifica que as exigências femininas de igualdade entre os sexos não têm aqui grande relevância, pois a diferença morfológica que deve exteriorizar-se em diversidades do desenvolvimento psíquico.

A ideia de destino é exposta fazendo-nos perceber que tal termo formula que para o sujeito moderno tem-se uma ideia de vida que segue os traçados de um destino que deriva de uma instância da infância que advém do poder emanado dos pais. Para tanto, a crença na força do destino se encarna. (Vidal, 2012)

## **GÊNEROS E A PRODUÇÃO DE SENTIDOS**

Segundo Scott (1995), o termo gênero, além de funcionar como substituto para o termo mulheres é também utilizado para sugerir que qualquer informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre os homens, pois um implica no estudo do outro. Esse uso rejeita a validade interpretativa da ideia de esferas separadas e sustenta que estudar

as mulheres de maneira isolada perpetua o mito de que uma esfera, a experiência de um sexo, não tenha relação com o outro. Além disso, o termo gênero também é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos.

Quando há o questionamento sobre gênero, geralmente recorre-se ao binarismo masculino/feminino, no entanto há a necessidade de ampliar tais compreensões. Enquanto sujeitos, construímos uma imagem daquilo que julgamos ser homem ou ser mulher baseado naquilo que ouvimos e aprendemos a respeito dessa identidade, tomando como referência a anatomia. Freud também usa a anatomia como tentativa de definir o destino da sexualidade infantil a partir do complexo de Édipo (POLI, 2007).

Freud (1924-2010) afirma que, durante o desenvolvimento sexual da criança, esta avança até uma fase em que o genital masculino assume uma posição principal. Por outro lado, o genital feminino “permanece não descoberto” (p. 248). Esse momento é a fase fálica, simultânea na infância ao complexo de Édipo. Nessa fase do desenvolvimento da sexualidade infantil, “as crianças desconhecem o órgão sexual feminino. A genitalidade infantil opera sobre a égide do falo, isto é, a teoria que atribui um único genital, o masculino, para ambos os sexos” (POLI, 2007, p. 10). Nessa fase, a diferença está entre o fálico e o castrado, seja no complexo de Édipo feminino ou masculino.

Freud (1924/2011) estabelece em sua teoria a ênfase na universalidade do falo e na angústia de castração, aos quais são demonstrados no complexo de édipo reconhecendo que pênis e clítoris são análogos, porém prefere dar foco ao pênis como um órgão universal, algo que representa, e desconsidera o clítoris e a vagina como órgãos sexuais relevantes de simbolização. Observa-se isso no seguinte trecho:

O clítoris da menina se comporta primeiramente como um pênis, mas, na comparação com um camarada de brinquedo do sexo masculino, ela nota que ‘saiu perdendo’, e sente esse fato como desvantagem e razão para inferioridade. Durante algum tempo ela se consola

com a expectativa de mais tarde, quando crescer, vir a ter um apêndice grande como o de um menino. (FREUD, 1924/2011, p. 188).

Seguindo a mesma lógica, o autor afirma que a menina não reconhece que sua falta do pênis é devido a uma condição biológica e deduz que foi castrada, ou seja, que retiraram o seu pênis em algum momento. Além disso, a menina não entende que outras mulheres também são castradas e que não possuem um pênis, pois acredita, assim como o menino, na universalidade desse órgão. Em contrapartida, ela passa a acreditar, após perceber que o seu suposto membro não vai crescer, que, no momento do seu nascimento, sua mãe a castrou, ocasionando o segundo momento do complexo de édipo feminino, ao qual a garota direciona-se para o pai, visto que esse é detentor do falo (FREUD, 1924/2011).

Porém cabe ressaltar que a formulação freudiana sobre a primazia do falo é essencial para compreender o feminino e o masculino, permite compreender o falo como presença (nos meninos) ou ausência (nas meninas). Assim, ao atentar para aquilo que indica a diferença do feminino frente ao masculino, o feminino seria remetido a uma falta. Não se trata da falta de um órgão, o pênis, mas de um significante do sexo feminino.

Como no menino, o complexo de Édipo também é um momento importante na estruturação psíquica da menina, mas a forma de lidar com o complexo de castração é diferente, uma vez que ela já é castrada. No complexo de Édipo do menino, este sucumbe a partir da ameaça de castração, fazendo-o renunciar aos objetos parentais, em conflito com o investimento libidinal sob o órgão fálico. Já na menina, há uma não aceitação num primeiro momento da sua castração e crença de que possuiria “um genital grande e completo e, portanto, masculino” (p. 253). Ao renunciar ao desejo de possuir um pênis, desliza esse desejo e passa a desejar possuir um filho do seu pai. Porém o desejo de possuir um pênis e um bebê “permanecem fortemente investidos no inconsciente e ajudam a preparar o ser feminino para o seu futuro papel sexual” (p. 253).

Em 1924, Freud usa a frase “a anatomia é o destino” (p. 252) para se referir a distinções no desenvolvimento infantil da sexualidade a partir da diferença morfológica existente entre os corpos. Enquanto o menino irá passar pelo desfecho do complexo Édipo, onde “a organização genital fálica da criança perece por uma ameaça de castração” (FREUD, 1924/2011, p.249), que irá resultar no abandono do investimento libidinal dos objetos, havendo a partir desse momento uma identificação com estes, a autoridade paterna é introduzida no Eu, formando a instância do Supereu e por fim os “anseios libidinais referentes ao complexo serão dessexualizados e sublimados, entrando a criança num período de latência do seu desenvolvimento sexual (FREUD, 1924/2011).

Sob uma perspectiva sobre o infantil Freud menciona que a menina entra no complexo de Édipo a partir do complexo de castração. Num primeiro momento há a identificação do clítoris com o pênis, porém o autor afirma que ao notar a sua desvantagem com relação ao tamanho do órgão do coleguinha menino, irá lhe dar um motivo para se sentir inferior. Na esperança de que um órgão genital cresça tão grande quanto o do menino, a menina entra então no complexo de masculinidade (FREUD, 1924). Esse complexo “trará grandes dificuldades ao desenvolvimento predeterminado da feminilidade, caso a mulher não possa logo superá-lo” (FREUD, 1925, p. 264). Ao reconhecer que não pode competir com o menino, havendo o reconhecimento da diferença anatômica entre os sexos, a menina afasta-se da masculinidade, desdobrando-se para a feminilidade (FREUD, 1925).

Dessa forma, enquanto o menino abandona o complexo de Édipo através do complexo de castração, a menina entra no complexo a partir do complexo de castração. Esse complexo trabalha “limitando e inibindo a masculinidade e promovendo a feminilidade em cada caso” (FREUD, 1925, p. 269). Essa diferença é resultado da anatomia distinta entre ambos os sexos e da situação psíquica ligada a esta, havendo a distinção entre a castração de fato e a ameaça apenas desta castração (FREUD, 1925).

A descoberta de Freud é desconcertante, embora se revele bastante razoável na experiência da clínica psicanalítica: a sexualidade feminina se constitui necessariamente sobre uma base de intensa ligação a um objeto do mesmo sexo. Chamamos, sim, o objeto materno de “sexual”, pois é no prazer corporal experimentado na amamentação e no contato com o corpo da mãe que se estabelecem as bases para o desenvolvimento da pulsão sexual, em meninos e meninas.

O desenvolvimento do menino deve passar pela rivalidade edípica com o pai. Mas mesmo depois dessa travessia, a marca do primeiro amor do menino por sua mãe definiria a orientação do desejo sexual masculino (a questão homossexual não é abordada aqui). Já para a menina, a questão se complica; no caso de um desenvolvimento “normal” da orientação sexual, a menina parte de uma ligação intensa, afetiva e erótica, com um objeto do mesmo sexo (a mãe). Isso exige dela um movimento a mais, na travessia edípica, para cumprir sua destinação de se tornar mulher e mãe.

Segundo Kehl (2019) a famosa frase de Freud, apropriada por Simone de Beauvoir – “não se nasce mulher, torna-se mulher” –, refere-se à árdua elaboração da identificação da menina a seu sexo biológico.

Freud (1924, 1925-2010), contesta a reivindicação das feministas sobre a igualdade dos性os, afirmando que ela “não nos leva muito longe” (p. 252), pois a diferença morfológica resulta em distinções no desenvolvimento psíquico e acrescenta ainda:

Todos os indivíduos humanos, em razão da sua constituição bissexual e de herança cruzada, reúnem em si características masculinas e femininas, de maneira que a pura masculinidade e a pura feminilidade são construções teóricas de conteúdo incerto (p. 271)

Poli (2007) explica que a partir das contribuições de Lacan para a psicanálise, “compreende-se que o falo é um atributo de valor que é construído e que circula em uma dada estrutura organizada por funções: a função materna e paterna como suportes psíquicos necessários

a construção do sujeito” (p. 36). Nesse sentido, a atribuição fálica no complexo de Édipo ganha um novo sentido: A criança, enquanto falo materno, confunde-se com o corpo da mãe e é alienada ao seu desejo. Em seguida, o pai opera um corte na relação mãe-bebê, destituindo a criança de seu lugar fálico e operando também sobre a referência materna. Dessa forma, o falo se desloca. O falo não pertence nem ao pai, nem a mãe, independentemente do sexo do filho. O falo está e é encarnado pelo pai e este é desejado pela mãe. Enfim, o falo passa do estatuto imaginário ao falo simbólico. Ele deixa de ser uma insígnia confundida com seu portador para ser o significante da falta. A autora ainda complementa que:

a diferença sexual anatômica deixa de ser tão fundamental como em alguns momentos se vislumbra no texto freudiano. A anatomia é o suporte imaginário presente na fantasia, mas que não se deve confundir com o estatuto simbólica das funções e das posições de desejo em relação ao significante fálico (p. 36).

Elias (2008) afirma que “tanto a virilidade quanto a feminilidade depende muito mais da função fálica do que do órgão que o representa. A castração é o que permitirá a sexuação, a diferenciação entre os sexos, e situará a partir daí sua eleição de objeto sexual” (p. 5).

Segundo Ambra (2013) é possível propor que Freud, não tinha como foco de interesse o que hoje consideramos com gênero ou mesmo identidade sexual. Parece-nos que suas reflexões dão mais ênfase às possibilidades de escolhas objetais, e as identificações nos casos de homossexualidade ocorrem sempre em função de identificações inconscientes. Eis a sua preocupação, o que hoje parece ser bastante atual.

Cossi (2010) fazendo uma leitura da teoria Lacaniana, explica como o sexo masculino e feminino são reconhecidos e diferenciados no inconsciente a partir de um conceito introduzido por Lacan: a sexuação. “Sua teoria tenta esvaziar o caráter universal do falo, submetendo a sexualidade à dimensão da contingência” (p. 79). Contraponto o desejo

constituinte do sujeito, é introduzido o conceito de gozo. A função fálica tem grande importância na estruturação masculina e feminina, mas não suficiente. Dessa forma, “a diferença sexual é da ordem do real, ou seja, são modalidades de gozo masculino e feminino que determinam a posição sexuada do sujeito” (p. 80).

Lacan *apud* Cossi (2010) especifica a diferença entre o gozo feminino e masculino, que não tem relação com as diferenças biológicas. Ao falar do gozo masculino, o autor afirma que todo homem está submetido a ordem fálica. São homens aqueles que, “independente da sua anatomia ou constituição genética, são totalmente determinados pela função fálica e dela deriva seu gozo” (p. 80). A lei fálica sugere uma perda, dessa forma a masculinidade é marcada por uma não completude e a tentativa de reabsorver esse fragmento de gozo. Já na mulher, não há o universal como nos homens, “a feminilidade não é marcada por sua incompletude, mas por sua inconsistência” (p. 81). Ela está inserida na função fálica, mas não só dela faz parte, há algo a mais, existe um Outro gozo. Ainda Dunker *apud* Cossi, (2004) complementa:

derruba-se a concepção universalista da sexualidade. Por outro lado, não há falocentrismo; não porque o falo não esteja presente, mas porque ele não está mais no centro e nem funciona como operador para pensar toda a sexualidade. Não há A sexualidade, mas sexualidades (p. 125).

Dessa forma, “há um avanço na concepção lacaniana da sexualidade onde o falo não é mais o único organizador das práticas de gozo”

## **SEXUALIDADE E AS INSCRIÇÕES DO DESEJO**

Freud, em 1905, na sua publicação Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade apresenta uma nova perspectiva sobre a maneira como a sexualidade se manifesta no ser humano, para isso fazendo uma análise a partir dos sujeitos invertidos, ou seja, aqueles que não se relacionam de acordo com a norma heterossexual, mantendo relações sexuais com

pessoas do mesmo sexo. Na obra, o autor analisa a sexualidade não a partir da função dita normal, a reprodução, mas daquilo que desvia desse objetivo biológico (CECCARELLI, 2017). Ao reduzir a sexualidade apenas ao sentido reprodutivo, exclui-se diversas coisas que são inegavelmente de sentido sexual, como o beijo e a masturbação (FREUD, 1916 -2010).

Freud (1905 - 2010) mostra que a não normatividade da sexualidade não é algo exclusiva dos ditos “invertidos”. Não só os homossexuais, mas todos os seres humanos possuem em maior ou menor grau interesse por desvios dessas normas, onde o “objeto sexual normal é substituído por outro que guarda relação com ele, mas é totalmente inapropriado para servir à meta sexual” (p. 45). Freud afirma ainda que o ato sexual “apenas em raríssimas vezes se limita aos genitais, mas se estende a todo o corpo” (p. 42). A partir desse texto, houve o que Jorge e Travassos (2017) colocam como constatação da universalidade das perversões sexuais. Desconstruindo assim as compreensões reducionistas e apressadas sobre a ideia das perversões.

Freud (1917-2010) afirma que os neuróticos apresentam “sintomas que constituem satisfações substantivas de caráter sexual”, que se apresentam através de vias perversas. Como exemplo, cita a sintomatologia da histeria que leva à formulação de que se deve atribuir a órgãos outros que não os genitais uma importância sexual, erógena e ainda a neurose obsessiva, já que seus quadros sintomáticos são provocados por uma pressão dos impulsos sexuais sádicos, ou seja, perversos em sua meta (FREUD, 1916). Em cima dessa análise, Freud afirma que se existem sintomas de ordem perversa em pessoas normais, é porque eles se encontram latentes nestas.

Quando Freud afirma que a sexualidade, ao contrário do que se pensava na época, não aparece nos sujeitos apenas a partir da puberdade, mas é algo que já existe desde o nascimento. Porém, ela ainda não se apresenta enquanto dirigida a um objeto externo, mas a criança age de maneira autoerótica, buscando prazer no seu próprio corpo. Somente após atravessar as fases do desenvolvimento sexuais – oral, anal, fálica e

genital – é que o sujeito estaria desenvolvido para a sexualidade enquanto a união de genitais (FREUD, 1916)

Freud introduz o conceito de pulsão como sendo “um dos conceitos na demarcação entre o psíquico e o físico” (p. 67). A pulsão, movida por uma energia psíquica sexual, uma força que o Eu investe nos objetos de seus interesses sexuais denominada libido (FREUD, 1916), diferencia a sexualidade humana da de qualquer outro animal. Enquanto os animais têm o instinto como base para a prática sexual em períodos de cio, a sexualidade humana é atravessada pela linguagem. A pulsão é um instinto que se desvirtua da sua meta (GARCIA-ROZA, 1998). Portanto, não tem um objeto fixo, mas sim um objetivo, a satisfação. Jorge (2017) afirma que a sexualidade humana é pulsional, atravessada pela linguagem, influenciada pela energia libidinal, enquanto o sexo no animal é cíclico, voltado para a reprodução.

Para o ser humano, a sexualidade não é sinônimo de genitália, se revelando em atividades aparentemente desprovidas de cunho sexual, como a leitura, esportes, a função excretora etc. A sexualidade é constituída de maneira singular em cada sujeito e determinada por processos inconscientes (TRAVASSOS, JORGE, 2017).

Como destacado por Ceccarelli (2010), não se nota em Freud o uso do termo gênero, uma vez que em alemão uma só palavra serve para referir-se a sexo e a gênero ao mesmo tempo: *geschlecht*. Sobre a sexualidade e as diferenças existentes, Freud (1923\2011) afirma que durante as fases de desenvolvimento pré-genital não existe uma diferença entre masculino e feminino, mas uma oposição entre ativo e passivo. Na fase fálica, existe apenas o masculino, uma vez que a diferença dos sexos é entendida pela criança como quem possui o falo e quem é castrado.

Seria através do complexo de castração na menina que haveria uma separação entre masculino e feminino, uma vez que o menino precisa abrir mão do seu objeto de amor e a menina, ao superar a inveja do pênis e superar o complexo de masculinidade, caminharia para uma feminilidade (FREUD, 1925). Apenas na puberdade, quando a criança

chega ao final do desenvolvimento sexual, é que haveria uma distinção entre masculino e feminino. Além disso, o autor ainda firma que, devido à natureza bissexual do ser humano, homens e mulheres possuem características tanto femininas como masculinas, o que torna a masculinidade e a feminilidade pura algo incerto (FREUD, 1925).

Robert Stoller, psiquiatra e psicanalista, dedicou-se a construir uma visão não patologizante das perversões e da transexualidade (JORGE, TRAVASSOS, 2017). Como descrito por Cossi (2018), a pesquisa realizada por Stoller estava voltada para o desenvolvimento da masculinidade e da feminilidade. Em 1968, fez sua primeira pesquisa voltada para a constituição da identidade sexual apontando gênero enquanto construção cultural.

Para o autor, era necessário diferenciar de maneira crucial o sexo orgânico, ligado a genética e anatomia, da identidade sexual, socialmente entendida como gênero, que estaria ligada a construções culturais sem ligação com o aspecto biológico. Dessa forma, “sexo e gênero não andam necessariamente lado a lado; um pode se desenvolver a despeito do outro” (p. 32). Como aponta Ceccarelli (2010), o sexo em Stoller estaria ligado ao biológico e o gênero ao psíquico, onde “o gênero prima sobre o psíquico” (p. 271). Dessa forma, o sexo - homem ou uma mulher, deve se apropriar de um gênero, feminino ou do masculino (CECARELLI, 2010). Assim, a sexualidade humana não é definida de maneira biológica, mas baseia-se na história do sujeito a partir de suas relações objetais, tendo as forças biológicas caráter secundário na construção dessa identidade. (STOLLER, 2015 apud KOSOVSKI, 2016)

Para o Stoller (1993 apud COSSI, 2018), a sexualidade estaria vinculada a uma identificação inicial com a figura materna, que aconteceria num período pré-edípico, onde mãe e criança estariam fundidas. Dessa forma, não havendo diferença entre mãe e filho. A criança do sexo masculino, portanto, teria que superar a feminilidade que sua relação com a mãe implicaria sob ele próprio para formular o núcleo da sua identidade de gênero.

A feminilidade seria então uma característica primária da criança, independentemente de seu sexo biológico. Na teoria stolleriana, a

construção da identidade de gênero é um processo que se desenvolve até a adolescência, mas o seu núcleo é definido precocemente, antes da fase fálica identificada por Freud. Por volta do segundo ano de vida, a criança já deve ter consciência de seu sexo, se é homem ou mulher. A constituição desse núcleo da identidade de gênero está ligada a três fatores: o primeiro diz respeito à relação com os pais, que irão definir um comportamento para o filho de acordo com sua genitália. A segunda estaria ligada ao órgão sexual e as sensações e percepções que ele passa à criança. A terceira seria as forças biológicas que atuam sobre a criança.

Ceccarelli (2010) aponta que existe um conflito entre os estudiosos da psicanálise atualmente sobre a questão de gênero dentro dessa teoria. Para alguns autores, não haveria uma forte influência social sobre a construção do Eu, uma vez que cada sujeito é singular e se estrutura inconscientemente de maneira única, independentes do social. Já para outros, partem da lógica freudiana de que toda psicologia individual é também social.

O autor supracitado ainda acrescenta que atualmente o que leva uma criança a se identificar enquanto menino ou menina é resultado de um processo que começa ainda na gestação está fortemente influenciado por seus cuidadores, que irão agir com a criança de acordo com o genital que esta possui, atribuindo assim uma identidade de acordo com seu gênero. O discurso dos pais irá operar sobre a criança, discurso marcado por suas crenças, fantasmas e por um desejo, e lhe marcará enquanto menino ou menina e que será reafirmado durante sua vida. Socialmente a criança será introduzida numa relação simbólica que espera que esta siga determinadas condutas e regras, “sem nenhuma relação com uma suposta “natureza” masculina ou feminina em relação direta com a anatomia” (p. 275).

Assim reitera-se a compreensão da expressão diferença sexual que pode então ser decomposta em diferença-Real e sexualidade-simbólica. A diferença sexual deixa de ser uma duplicação da diferença significante e passa a ser referida a uma experiência não identitária de gozo. Essa ideia fica clara na noção de que os discursos, para Lacan, fazendo uma espécie

de contorno ao Real, sendo gerados pelas suas impossibilidades fundamentais: governar, educar, fazer desejar, analisar (Cossi e Dunker, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Corpo, Gênero e sexualidade são temas que emergem na contemporaneidade como um desafio, devido as demandas de uma sociedade que está em constante transformação. Nesse sentido, sabe-se que a Psicanálise como teoria e prática clínica necessita dialogar com tais compreensões para que possa de forma efetiva desenvolver sua atuação clínica.

Como objetivo centrou-se em discutir a intersecção entre Corpo, Gênero e Sexualidade no campo da Psicanálise, sendo possível a compreensão das transformações teóricas que interferem na Epistemologia da Psicanálise. Tal como o significante “gênero” que hoje tem também um uso político em favor das ditas minorias.

A partir deste estudo, foi possível perceber as transformações sócio-históricas que produziram efeitos e ampliaram as perspectivas diante dos sujeitos. Desde os teóricos clássicos como Freud e Lacan até os teóricos contemporâneos. Repensando a afirmação freudiana que apresentava a anatomia como destino, aos questionamentos atuais em torno disso. Ressalta-se que com Lacan, a discussão gira em torno do real do sexo, como cada sujeito lida com o sexual que resiste ao saber.

Conclui-se, portanto, que o estudo das construções teóricas em torno do corpo, gênero e sexualidade no campo da Psicanálise passou por transformações significativas que redesenharam a compreensão de sujeito e ampliam as possibilidades de intervenção na clínica psicanalítica, fazendo-nos perceber o quão é necessário o retorno as bases da Psicanálise. Apesar de não ser um conceito lacaniano, parece ser possível construir uma conversação entre gênero (como já foi discutido) com a perspectiva lacaniana da sexuação. Uma conversa entre história e estrutura que se apresenta como o impasse epistemológico em torno da questão.

## REFERENCIAS

- AMBRA, Pedro Eduardo Silva. **A noção do homem em Lacan:** uma leitura das formulas da sexualidade a partir da história da masculinidade no Ocidente; Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.
- ARAÚJO, Neriane da Silva. **As noções do corpo na história:** discursos de assujeitamento dos corpos. Universidade Estadual da Paraíba. Gurabira, 2017.
- CECCARELLI, Paulo Roberto. Transexualidades e mudanças discursivas. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 47, p. 83-89, jul. 2017. Disponível em: <https://is.gd/k5ZUm8>. Acesso em: 20 set. 2019.
- CECCARELLI, Paulo Roberto. Psicanálise, sexo e gênero. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 48, p. 135-145, dez. 2017. Disponível em <<https://is.gd/cLvHzF>>. Acesso em: 20 set. 2019.
- COSSI, Rafael Kalaf. **Transexualismo, Psicanálise e Gênero:** do Patológico ao Singular. 2010.148 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- Cossi, Rafael Kalaf e Dunker, Christian Ingo Lenz A Diferença Sexual de Butler a Lacan: Gênero, Espécie e Família. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online]. 2017, v. 33 [Acessado 13 Março 2022], e3344. Disponível em: <<https://is.gd/WVAgTy>>.
- ELIAS, Valeria de Araujo. **A Proibição Obsessiva e a Demanda Transexual Como Resposta ao Mal Estar na Cultura.** In: “III Congresso Internacional de Psicopatologia fundamental e IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. 2008.
- FOUCAULT, M. **Segurança, território e população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.
- Foucault, Michel. **História da sexualidade I:** a vontade de saber. São Paulo: Paz e Terra, 2014
- FREUD, Sigmund. Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade. In: **Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. 06 (1905).** São Paulo: Cia das Letras, 2010.
- FREUD, Sigmund. A Vida Sexual Humana. In: **Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. 13 (1916-1917).** São Paulo: Cia das Letras, 2010.
- FREUD, Sigmund. Algumas Consequências Psíquicas das Diferenças Anatômicas Entre os Sexos. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, Vol. 16 (1924). São Paulo: Cia das Letras, 2010.
- FREUD, S. A dissolução do complexo de Édipo (1924). In: \_\_\_. **Obras Completas, volume 16:** o Eu e o Id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925). São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- FREUD, Sigmund. A Organização Genital Infantil. In: **Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. 16 (1925).** São Paulo: Cia das Letras, 2010.

GOELLNER, Silvana V. **A produção cultural do corpo**. In: LOURO, G. L. et al (Org). *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. Petropólis: Vozes, 2003.

JORGE, M. A. C; TRAVASSOS, N. P. **Transexualidade**: o corpo entre o sujeito e a ciência. 1<sup>a</sup> edição. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

KOSOVSKI, Giselle Falbo. Lacan e o transexual de Stoller. **Trivium**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 133-142, dez. 2016. Disponível em <<https://is.gd/8gR2dD>>. Acesso em: 20 set. 2019. <https://is.gd/tlURBU>.

Kehl, Maria Rita. Posfácio: Freud e as mulheres In: FREUD, S. **Amor, Sexualidade, Feminilidade**. Obras Incompletas de Sigmund Freud, 7. Editora Autêntica, 2019.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**. Papirus Editora, 2007.

LIMA, Talita Maria Carvalho de et al. **Envelhecimento feminino**: produção das subjetividades do sujeito mulher pela estética do corpo. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2015.

LOPES, M.; MENDES, R.; REIS, S. Ser Mulher: Uma análise da imagem corporal entre adolescentes. **Revista Espacios**, v. 38, p. 1-9, 2017.

PRUDÉNCIO, Juliéte Silva Nunes. O CORPO COMO INSTRUMENTO DE IDENTIDADE CULTURAL EM GRUPOS SOCIAIS. **Maiêutica-História**, v. 4, n. 1, 2016.

Scott, Joan. W. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. Educ. e Realid., Porto Alegre, 20(2), 71-99. 1995

SILVA, Viviane Gonçalves. **O cuidado de si e o corpo**: contribuições foucaultianas para a educação escolar de adolescentes. Universidade Federal de Larvas. Larvas – MG. 2017.

# IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES

Benvinda Maria Gomes dos Santos<sup>1</sup>  
Joel Lima Junior<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

A dor, antes vista apenas como uma manifestação da mente, passou a ser compreendida, com o avanço da anatomia e da fisiologia, como um sistema sensorial dotado de substratos neurológicos específicos. Atualmente, é reconhecida não só como um sinal neurofisiológico, mas também como um fenômeno psicofisiológico que integra aspectos corporais e mentais (Da Silva; Ribeiro-Filho, 2011).

Por isso, para analisar a dor, é essencial compreender que ela é uma experiência subjetiva. A intensidade da dor não pode ser medida diretamente por parâmetros como temperatura ou peso corporal, por exemplo, uma vez que não existe um instrumento capaz de padronizar sua intensidade. Em razão disso, a dor se torna uma experiência complexa e pessoal, com diversas ramificações e manifestações patológicas, como ocorre em condições como a fibromialgia (FM) (IASP, 2020).

A FM é principalmente investigada e tratada por reumatologistas, pois se trata de uma dor crônica músculo-esquelética. No entanto, um acompanhamento abrangente por uma equipe multidisciplinar pode permitir uma avaliação mais ampla dos sintomas e das possíveis comorbidades. Como a dor é subjetiva e individual, sua percepção varia conforme as características do organismo e os fatores biológicos, psicológicos e sociais envolvidos (Portnoi, 1999).

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho é analisar o impacto da FM na saúde mental de mulheres, considerando os efeitos

<sup>1</sup> Psicologia (UNILEÃO). CV: <https://lattes.cnpq.br/2428231816771518>

<sup>2</sup> Mestrado em Ciências da Saúde (UFRN). Docente (UNILEÃO). CV: <https://is.gd/B2OcZ9>

da dor crônica. E como objetivos específicos, investigar os efeitos psicológicos da dor crônica em mulheres com FM; analisar a relação entre a intensidade da dor e o bem-estar psicológico de mulheres com FM e por fim, explorar estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres com FM para lidar com a dor crônica e seus efeitos emocionais.

## FIBROMIALGIA

O adoecimento dos sujeitos que possuem a FM, anteriormente, eram caracterizados como doentes psiquiátricos, ainda que houvesse queixas generalizadas de dor e fadiga, que não eram fundamentadas pelas análises tradicionais por meio de exames médicos realizados. O processo indeterminado sobre o que é a FM permitiu que houvesse inúmeras caracterizações usadas como sinônimos de FM, como reumatismo psicogênico, fibrosite e síndrome fibromiálgica (Sá, *et al.*, 2005).

A fisiopatologia da FM tem sido amplamente discutida na literatura, nas análises de Cagnie *et al.* (2024) sugerem que o início da condição pode estar relacionado à persistência de estímulos dolorosos, que ativam mecanismos de sensibilização central. Essa alteração no processamento central da dor é considerada um fator crucial na manutenção da dor crônica.

Desde seu reconhecimento como síndrome de dor crônica, a fibromialgia passou a ser classificada como uma patologia persistente, o que impulsionou avanços significativos na compreensão de seus mecanismos e no processo de adoecimento. Contudo, o diagnóstico ainda demanda a realização de múltiplos exames para a exclusão de outras condições clínicas (Hoefer; Dias, 2010).

Para Lorena *et al.* (2016), a perspectiva do diagnóstico da FM é essencialmente clínica, pois não há exames laboratoriais ou radiológicos capazes de confirmá-lo. O diagnóstico baseia-se na identificação de 19 áreas do corpo que apresentam sensibilidade à palpação, além de considerar outros sintomas característicos, como fadiga generalizada, distúrbios do sono, alterações de humor, ansiedade, dificuldades cognitivas e depressão. Esses fatores, aliados à constância da dor, configuram a FM.

## FIBROMIALGIA UMA QUESTÃO DE GÊNERO

Nas discussões sobre a fibromialgia FM, destaca-se a discrepância na prevalência entre os gêneros, sendo o feminino significativamente mais afetado. Estima-se que, para cada diagnóstico em homens, ocorram de sete a nove em mulheres. Embora fatores biológicos, hormonais e sociais sejam apontados como possíveis explicações, a persistência dessa diferença levanta importantes reflexões sobre a compreensão, a percepção e o diagnóstico da doença, especialmente entre mulheres (Costa; Ferreira, 2023).

Uma das hipóteses para a maior prevalência de FM em mulheres, segundo Azevedo (2018), está relacionada à influência hormonal na percepção da dor, especialmente em situações de privação do sono. O autor destaca que as mulheres tendem a ser mais sensíveis que os homens aos efeitos do sono inadequado, devido a mudanças hormonais que ocorrem desde a puberdade e se intensificam na menopausa, o que pode explicar a maior incidência da doença entre 35 e 44 anos.

É importante destacar também as percepções de Costa e Ferreira (2023) sobre o acesso de homens e mulheres aos serviços de saúde. Os autores observam que as mulheres procuram mais frequentemente os serviços de saúde, o que pode ser atribuído à maior propensão delas a reconhecerem os sintomas. Em contrapartida, os homens tendem a ser menos propensos a identificar sinais de problemas de saúde, o que afeta diretamente as pesquisas sobre FM no gênero masculino.

Fatores como variações nos níveis de estrogênio, diferenças no processamento cerebral da dor e predisposições genéticas podem contribuir para a discrepancia entre os gêneros nos diagnósticos. Além disso, aspectos subjetivos da experiência dolorosa, influenciados por ansiedade e catastrofização, também exercem papel relevante nesse contexto (Castro-Sánchez *et al.*, 2012).

Sendo assim, compreende-se que o diagnóstico da FM é um desafio, exigindo habilidades e conhecimentos específicos do examinador, tanto na avaliação clínica quanto na aplicação dos critérios diagnósticos.

Quando se trata de desmistificar os critérios relacionados ao gênero e identificar a prevalência da condição no sexo feminino, ainda existem diversos vieses e controvérsias que dificultam a compreensão plena dessa disparidade (Costa; Ferreira, 2023).

## A DOR CRÔNICA

O conceito de dor tem origem no latim *dolor*, que significa sofrimento. Esse termo é utilizado no cotidiano para caracterizar um sofrimento que pode ser físico e/ou mental. Entretanto, a principal função da dor é sinalizar um perigo, seja ele potencial ou real. No entanto, quando a dor se torna crônica, ela perde sua função de alerta para um possível dano (Sardá Júnior, 2014).

De acordo com as discussões de Teixeira (2006), as sensações exercem um papel adaptativo, permitindo a percepção contínua de estímulos, como calor, frio, sons e, claro, a dor. Por meio dessas sensações, o cérebro interpreta as informações e as transforma em percepções. Nesse sentido, a dor aguda exerce a função de alerta, sinalizando ao cérebro que algo, seja no ambiente externo ou interno do corpo, não está funcionando corretamente. Já a dor crônica deriva da persistência de estímulos, podendo também ocorrer na ausência deles provocando sofrimento e incapacidade.

Diante disso, surgiu um novo modelo terapêutico: a clínica da dor, que propõe tanto estudos teóricos quanto práticos para compreender a dor - especialmente a dor crônica - como um fenômeno biopsicossocial. Esse modelo defende a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e de um tratamento multimodal para o manejo eficaz da dor. O que o caracteriza como uma clínica ampliada em relação ao modelo biomédico tradicional (Brandão Junior; Basset, 2020).

A proposta dessa clínica se diferencia do modelo organicista ao abordar a dor de forma complexa, indo além da simples relação entre sintoma e lesão (Foucault, 2006). A medicina da dor surge, em parte, da frustração com terapêuticas anteriores, exigindo que o médico estabeleça uma

relação mais humanizada e colaborativa, capaz de restaurar a confiança e considerar a individualidade do paciente no tratamento (Santos, 2009).

Ademais a proposta da clínica da dor em sua inovação traz a perspectiva interdisciplinar, pois é por meio dessa prática que é possível mudanças objetivas, como também o diálogo de diversos saberes promove uma complementação em situações práticas de conhecimento e habilidades capazes de nortear os profissionais em atuar coerente com as demandas do paciente, contornando as práticas de saúde tradicionais (Mello Filho; Silveira, 2005).

## **IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DE MULHERES**

Para reconhecer adequadamente o conceito de QV, é fundamental compreendê-lo em sua completude. Isso significa ir além da saúde e do bem-estar físico, funcional, emocional e mental, incluindo também aspectos da vida cotidiana, como trabalho, relações familiares, amizades e fatores psicossociais. Ademais, a percepção subjetiva de quem vivencia essa realidade constitui um elemento central no processo investigativo da temática (Kluthcovsky; Takayanagi, 2007).

O diagnóstico da fibromialgia (FM) impacta significativamente a qualidade de vida das mulheres que convivem com a dor crônica. Mota et al. (2021) aplicaram um questionário em mulheres com FM, incluindo o Questionário sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF), e encontraram que 73,5% tinham escores entre 70 e 100, indicando alto impacto da doença. A maioria relatou realizar atividades diárias “de vez em quando”, mostrando limitações funcionais, exceto em cozinhar e arrumar a cama, que foram feitas “sempre” por 45,1% e 39,2%, respectivamente.

Cortez e Silva (2011) destacam que quem possui no cotidiano a vivência da dor crônica, passa a focar parte dos seus pensamentos na dor, e viver a partir do que ela lhe permite, o que ocorre uma intensificação nas regiões dolorosas, provocando um aumento emocional em relação ao estado da dor. Os autores salientam que o estado emocional

pode despertar os circuitos facilitadores para a transmissão de estímulos dolorosos, atuando como ampliadores da dor.

Em indivíduos com FM, é possível observar variações na percepção da dor, especialmente quando realizam atividades não habituais ao longo do dia, o que pode comprometer a execução dessas tarefas devido ao cansaço nos membros e à sensação de fraqueza muscular (Campos *et al.*, 2011).

Teixeira, Carvalho e Rodrigues (2025) apontam que dores crônicas generalizadas podem acarretar prejuízos significativos à vida profissional dos indivíduos. À medida que a percepção da dor se intensifica, observa-se uma redução na QV, refletida no afastamento das atividades laborais, na incapacidade funcional, no isolamento social e no desenvolvimento de transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão. Esses dados evidenciam que a dor é um dos principais fatores agravantes na FM.

A experiência do sujeito com fibromialgia deve ser compreendida para além da dor física, considerando-se sintomas subjetivos, multidimensionais e frequentemente invisíveis. A incompreensão social e familiar, associada a diagnósticos reducionistas, tende a negligenciar as dimensões psicológicas, sociais e espirituais, fragmentando a abordagem clínica e comprometendo o cuidado integral (Melo; Silveira; Arruda, 2023).

Apesar de serem diretamente afetados pelos fatores que comprometem sua QV, indivíduos com FM desenvolvem estratégias para continuar desempenhando suas atividades, mesmo diante da dor. Diariamente, empenham-se em adaptar sua realidade, buscando superar as fragilidades impostas pelos sintomas da doença, com o objetivo de minimizar seu impacto na vida cotidiana (Tolentino; Rabelo, 2009).

## **ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA DOR CRÔNICA EM MULHERES**

Enfrentamento é um termo que faz referência às técnicas que são utilizadas para lidar com demandas que são interpretadas pelo indivíduo como sendo superiores aos seus recursos já existentes. No qual, o seu

objetivo de desenvolver estratégias de enfrentamento é manter ou elevar a sensação de controlar os estímulos frente a estresses que podem variar diante das experiências e repertório individual. Portanto, podem ser centrados na emoção, reduzindo o desconforto em situações tidas como imutáveis ou centradas no problema que busca mudanças em contextos que são modificáveis (Ravagnani; Domingos e Miyazaki, 2007).

Na dor crônica, as estratégias de enfrentamento atuam como mediadoras entre o indivíduo, a saúde e a doença. Por isso, é essencial considerar suas implicações no desenvolvimento e nas reações do paciente, da família/rede de apoio e dos grupos sociais. Esses fatores ajudam a explicar a frequência de sentimentos como abandono, desesperança, baixa autoestima, além do surgimento de quadros de depressão e ansiedade. Também é importante destacar que os fatores antecedentes e desencadeantes da doença, bem como a avaliação e a resposta do indivíduo frente às ameaças ao seu bem-estar, podem influenciar significativamente o impacto e a progressão da condição patológica. Podendo retardá-la, acelerá-la ou minimizá-la (Cerqueira, 2000).

A adoção de estratégias que considerem as limitações do indivíduo, a redução da autocobrança e a utilização de práticas complementares ao tratamento farmacológico revela-se fundamental no manejo da FM. Nesse contexto, destacam-se os exercícios físicos, tanto aeróbicos quanto de fortalecimento muscular, que não exacerbam os sintomas e contribuem para a melhora da saúde física e mental (Matsudo; Lillo, 2019).

Segundo Andrade *et al.*, (2023) os treinamentos de força em mulheres com FM têm se mostrado eficazes não apenas na redução da dor crônica, mas também na melhora significativa da qualidade do sono, especialmente no que se refere às disfunções diurnas associadas à doença. Os autores destacam que a prática regular e orientada de exercícios de força contribui para a diminuição da sensibilidade dolorosa, o aumento da resistência muscular e o equilíbrio do metabolismo.

Vale destacar que o Pilates é uma das modalidades de exercício que compõem as estratégias de enfrentamento da FM. Por ser uma

atividade de baixo impacto, focada no controle corporal, na respiração e na postura, essa prática tem se mostrado eficaz no manejo da dor. Evidências sugerem que o Pilates contribui para a melhora da flexibilidade, o fortalecimento muscular e a qualidade de vida das pessoas com FM (Jesus; Pacheco; Rezende, 2022).

## O PAPEL DA PSICOLOGIA NO ATENDIMENTO DE MULHERES COM FIBROMIALGIA

A FM, por ser uma síndrome crônica, requer cuidados contínuos focados no alívio dos sintomas que impactam o cotidiano dos pacientes. É fundamental entender a relação entre dor, QV e estratégias de enfrentamento para que os profissionais de saúde possam oferecer um atendimento direcionado e acolhedor. Nesse contexto, a Psicologia é essencial no tratamento, pois muitas estratégias adotadas pelos pacientes podem ser ineficazes, agravando os sintomas e reduzindo a QV (Teixeira; Carvalho; Rodrigues, 2025).

Entre os sintomas da ansiedade está o estado emocional que prepara o indivíduo para responder a uma ameaça. No entanto, em pessoas ansiosas, essa reação pode se basear em uma percepção equivocada, na qual a probabilidade de um dano ou problema é superestimada. Ou seja, há uma dificuldade em reconhecer os aspectos que poderiam oferecer segurança, o que dificulta o desenvolvimento de estratégias eficazes para enfrentar o perigo ou sofrimento antecipado (Castillo *et al.*, 2000).

É neste contexto por exemplo que o papel da psicologia é fundamental, onde torna-se comum na FM a antecipação de experiências estressantes e dolorosas, tendo como consequência o reforço da importância de controlar a dor, a adesão a proposta de tratamento e o acompanhamento psicológico para auxiliar a desenvolver expectativas reais e funcionais (Monteiro; Oliveira; Oliveira, 2021).

Outro fator essencial destacado em sintomas correlacionados a FM está a privação de sono pode acontecer de acordo com o impacto das doenças, que afeta a QV, que pode ser considerada leve ou fragmentada ou

caracterizada como insônia. O estudo de Pernambuco *et al.* (2017), descreveram que a fadiga e a depressão também podem ser fatores que influenciam outros sintomas da doença, como a ansiedade e distúrbio no sono.

Tendo em vista que a FM também pode afetar a vida sexual, vivenciando dores tanto antes como durante, como após a relação, acarretando consequências emocionais. Como também a redução da libido, em decorrência do uso de medicações quanto por questões hormonais (Alves *et al.*, 2016). Observando essas alterações na vida sexual, podem ser provocados conflitos conjugais, por motivos de desconhecimento do outro ou por não aceitar a patologia, como é importante destacar a autocobrança da mulher (Martins *et al.*, 2016).

Por esses fatores, a clínica da dor torna-se fundamental no cuidado de mulheres com FM, uma vez que adota uma abordagem biopsicosocial da experiência dolorosa, o que exige o trabalho integrado de uma equipe multidisciplinar ou interdisciplinar. No entanto, é essencial compreender que essa perspectiva de tratamento não se limita ao uso de medicamentos ou intervenções clínicas de curto prazo. É necessário que o indivíduo esteja aberto e engajado para seguir as condutas recomendadas pela equipe (Loduca, 2014).

O cuidado com uma equipe multidisciplinar torna o tratamento mais completo para pacientes com FM, já que a integração entre profissionais como médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e nutricionistas permite uma atuação coordenada. Essa abordagem favorece a adesão ao tratamento, melhora a qualidade de vida, prevenir agravamentos e reduz a dependência de medicamentos, por meio de estratégias não farmacológicas e personalizadas que consideram os aspectos físicos, emocionais e sociais da dor (Campos; Silva Junior; Soares, 2023).

## **CONSIDERAÇÕES**

A FM configura-se como um desafio complexo tanto para o diagnóstico quanto para a definição de propostas de tratamento, exigindo uma percepção ampliada que vá além dos exames tradicionais.

O reconhecimento da FM como uma síndrome de dor crônica representa um marco importante para o aprofundamento do conhecimento e o estímulo a novas pesquisas.

No entanto, ainda é necessário enfrentar os estigmas e as desigualdades de gênero que atravessam o diagnóstico e, principalmente, as propostas terapêuticas. Por isso, é fundamental aprofundar o conhecimento sobre os impactos da FM na saúde mental de mulheres que convivem, cotidianamente, com sintomas de dor que afetam significativamente sua QV.

Diante desse cenário, torna-se essencial investir em abordagens multidisciplinares e individualizadas que considerem a totalidade do sujeito, incluindo aspectos físicos, emocionais e sociais envolvidos no processo de adoecimento. Também é urgente promover formações específicas para profissionais de saúde e ampliar a visibilidade da temática, contribuindo para a redução da marginalização histórica relacionada ao diagnóstico, especialmente no que tange ao recorte de gênero.

Por fim, destaca-se a importância da Psicologia como parte integrante das equipes multiprofissionais, tendo em vista que as estratégias de enfrentamento e na promoção da qualidade de vida das pessoas com FM, sobretudo quando essas estratégias se mostram insuficientes frente à complexidade da patologia.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. *et al.* Treinamento de força em pacientes com fibromialgia: um estudo de viabilidade. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. e176543, 2023.
- AZEVEDO, P. M. **A ciência da dor:** sobre fibromialgia e demais síndromes dolorosas persistentes e sobre a natureza humana. São Paulo: Editora Unesp, 2018.
- BRANDÃO JUNIOR, P. M. C., BESSET, V. L. **Clínica da dor: uma experiência de pesquisa em psicanálise.** In: QUEIROZ, E. F., ZANOTTI, S. V. Metodologia de pesquisa em psicanálise. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2020.
- CAGNIE, B. *et al.* Central sensitization in fibromyalgia? A systematic review on structural and functional brain MRI. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, v. 44, n. 1, p. 68–75, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2014.01.001>.

CAMPOS, R. M. DA S. et al. Fibromialgia: nível de atividade física e qualidade do sono. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 17, n. 3, p. 468–476, jul. 2011.

CAMPOS, S. P. P. M.; SILVA JUNIOR, J. R.; SOARES, M. R. M. P. **Elaboração de material didático-instrucional sobre a prática de empatia no atendimento ambulatorial do paciente com fibromialgia pelos médicos residentes**. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde) - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Faculdade Pernambucana de Saúde. Disponível em: <https://is.gd/OLb03x>. Acesso em: 04 jun. 2025.

CASTILLO, A. R. G. et al. Transtornos de ansiedade. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 20–23, dez. 2000.

CASTRO-SÁNCHEZ, A. M. et al. Gender differences in pain severity, disability, depression, and widespread pressure pain sensitivity in patients with fibromyalgia syndrome without comorbid conditions. **Pain medicine**, [S. l.], v. 13, n. 12, p. 1639-1647, 2012.

CERQUEIRA, A. T. **O conceito e metodologia do coping**: existe consenso ou necessidade? In: KERBAUY, R. R. (org.). Sobre o comportamento e cognição. Santo André: Arbytes, 2000. p. 279-289.

CORTEZ C. M.; SILVA, D. **Fisiologia aplicada à psicologia**. APX Comun. Visual LTDA. Rio de Janeiro, 2011.

COSTA L. P; FERREIRA M. A. **A fibromialgia na perspectiva de gênero**: desencadeamento, clínica e enfrentamento. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2023.

DA SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. A dor como um problema psicofísico. **Revista Dor**, v. 12, n. 2, p. 138–151, abr. 2011.

HOEFLER, R. DIAS. C. **Fibromialgia**: doença obscura e tratamentos indefinidos. Bolet. Farma. 2010. Disponível em: <<https://is.gd/1Cwczt>>. Acesso em: 15 fev. 2025.

IASP – INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **IASP announces revised definition of pain**. 2020. Disponível em: <https://is.gd/d845JW>. Acesso em: 20 mar. 2025.

JESUS, D. X. G. de; PACHECO, C. da R.; REZENDE, R. M. O uso do Pilates no controle da dor em pacientes com fibromialgia. **Fisioterapia em Movimento**, v. 35, e35204, 2022.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida – aspectos conceituais. **Revista Salus**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 13-15, 2007.

LODUCA, A. **A Adesão ao Tratamento Interdisciplinar na Dor Crônica**. In: PORTNOI, A. G. (Org.). A psicologia da dor. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.

LORENA, S. B. de; et al. Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. **Rev. Dor**. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://is.gd/zoNpN2>. Acesso em: 18 fev. 2025.

MARTINS, R. et al. Fibromyalgia impact on quality of life of patients. **Revista Servir**, v. 59, p. 44-49, 2016.

MATSUDO, S. M.; LILLO, J. L. P. Fibromialgia, atividade física e exercício: revisão narrativa. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 174-182, 2019. Disponível em: <https://is.gd/u1d6l>. Acesso em: 4 maio 2025.

MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 147 - 151 2005.

MELO, C. de F.; SILVEIRA, L. de S.; ARRUDA, G. H. B. de. **Experiência da dor total do paciente com fibromialgia e sua família**. 27 set. 2023.

MONTEIRO, É. A. B.; OLIVEIRA, L. de; OLIVEIRA, W. L. Aspectos psicológicos da fibromialgia: revisão integrativa. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 65–76, jan./jun. 2021.

MOTA, L. M. L. da *et al.* Qualidade de vida, trabalho e apoio familiar de pessoas com fibromialgia. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 34, p. e8601, 21 ago. 2021.

PERNAMBUKO, A. P. *et al.* Clinical profile of patients with fibromyalgia syndrome. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 30, n. 2, p. 287–296, 2017.

PORTNOI, Andrea Golfarb. **Dor, stress e coping**: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia. 1999. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. DE O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 12, n. 2, p. 177–184, maio 2007.

SÁ, E. *et al.* A dor e o sofrimento. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 7, jan./dez. 2005.

SANTOS, R. A. **Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica**: uma genealogia da Clínica da Dor. 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Saúde) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SARDÁ JÚNIOR, J. **Dor Visão Biopsicossocial**. In: PORTNOI, A. G. (Org.). A psicologia da dor. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.

TEIXEIRA, M. J. Dor e depressão. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 44-53, 2006. DOI: <https://doi.org/10.34024/rnc.2006.v14.8762>. Disponível em: <https://is.gd/sZ0kQl>. Acesso em: 10 mar. 2025.

TEIXEIRA, S. C.; CARVALHO, L. M.; RODRIGUES, J. DE C. Relação entre qualidade de vida, coping e percepção da dor em adultos com fibromialgia. **Cadernos de Psicologia**, v. 4, n. 3, p. 17, 19 jan. 2025.

TOLENTINO, K. B. S.; RABELO, D. F. Adultos com fibromialgia: estresse percebido e estratégias de enfrentamento. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, Patos de Minas: UNIPAM, v. 1, n. 1, p. 92-100, 2009.

# ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: O QUE SE PESQUISA EM MATO GROSSO DO SUL?

Vitória Gabriele Rodrigues Garcia<sup>1</sup>  
Felipe Maciel dos Santos Souza<sup>2</sup>

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento e é caracterizado pela presença de sintomas que podem ser de leves a severos e dificuldades nas áreas de comunicação e socialização (MARTINS; ACOSTA; BARCELOS, 2022). O diagnóstico é clínico, realizado por meio de observações, normalmente em crianças. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), os sintomas normalmente acabam sendo reconhecidos a partir do segundo ano de vida, identificando o prejuízo na comunicação e comportamentos de padrões restritos, repetitivos e estereotipados de interesses e atividades (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2023).

O DSM, atualmente na versão cinco e revisada (DSM-5-TR), é publicado pela Associação Americana de Psiquiatria e tem como objetivo oferecer critérios e informações sobre transtornos mentais para padronizar os diagnósticos. De acordo com o manual, a caracterização de um diagnóstico TEA é dado por: A) Déficit persistente na comunicação e interação social; B) Comportamentos padronizados repetitivos e restritos; C) Sintomas presentes desde o período inicial do desenvolvimento; D) Os sintomas causem prejuízo significativo nas atividades sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes do funcionamento atual; e E) TEA e a Deficiência Intelectual (DI) co-ocorrem frequentemente, mas DI ou o Atraso Global do Desenvolvimento (GD) não devem ser utilizados para explicar o TEA (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2023).

<sup>1</sup> Psicologia (UFGD). Bolsista do Programa de Iniciação Científica (PIBIC), 2024-2025.

CV: <http://lattes.cnpq.br/0247890232769542>

<sup>2</sup> Doutorado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento (PUC-SP). Professor (UFGD).  
CV: <http://lattes.cnpq.br/5514957741890083>

Com relação aos suportes necessários, o DSM apresenta três níveis baseados nos prejuízos de comunicação social e comportamentos restritivos e repetitivos do TEA: Nível 1) o indivíduo exige suporte, os sintomas são leves e o indivíduo pode precisar de algum suporte na execução de suas atividades cotidianas; Nível 2) o indivíduo exige um suporte substancial, os sintomas são moderados e o indivíduo apresenta maior prejuízo em habilidades sociais e na comunicação em comparação com o nível 1, é necessário maior suporte; e Nível 3) indivíduo exige muito suporte substancial, os sintomas são mais severos fazendo com que o indivíduo necessite de um suporte constante (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2023). Além disso, o TEA também está classificado na Classificação Internacional de Doenças (CID), que é mantida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente na versão 11, e tem como objetivo realizar um controle epidemiológico por meio da padronização de diversas doenças e problemas relacionados à saúde identificados por códigos alfanuméricos.

O diagnóstico do TEA é fundamentado nos critérios estabelecidos pelo DSM, envolvendo a utilização de instrumentos como escalas e questionários de avaliação, que são aplicados por profissionais da área da saúde. Neste processo, é importante que múltiplos aspectos sejam observados além das características que envolvem os sintomas, tais como a observação escolar e uma entrevista com os pais ou responsáveis pelo indivíduo com TEA. É de consenso que um diagnóstico precoce é importante para proporcionar melhores oportunidades de desenvolvimento e melhoria na qualidade de vida do indivíduo com TEA e de sua família, favorecendo um planejamento que antecipe as suas necessidades ao longo da vida.

Nos últimos anos, observa-se um aumento significativo de casos de TEA no mundo e no Brasil. Dados recentes do Censo demográfico brasileiro (IBGE, 2022) revelam que, no país, há 2,4 milhões de pessoas com TEA, representando 1,2% da população. O crescente número de casos pode ser compreendido em razão do aperfeiçoamento do

diagnóstico e disseminação dos meios para obtê-lo, assim como do maior acesso da população aos tipos de intervenção. Percebe-se que o aumento de diagnóstico é seguido pelo aumento de interesse científico pelo TEA, como corroboram as pesquisas de Martins e Barcelos (2024) e Cardenas e Souza (2024).

O tratamento sobre o TEA vem evoluindo ao longo dos anos, aumentando a compreensão sobre o tema em todas as suas dimensões. Uma das formas de tratamento baseada em evidências para pessoas autistas é a Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavior Analysis* – ABA), reconhecida pela sua eficácia e validade científica.

Cabe destacar que embora a ABA seja frequentemente associada ao tratamento do autismo, ela pode ser aplicada em diversos contextos e com diferentes objetivos, incluindo educação, desenvolvimento infantil e reabilitação (MALAVAZI, et al., 2011). A partir disto, com este texto, pretende-se caracterizar o que é ABA aplicada no TEA.

A ABA tem como objetivo maximizar e desenvolver repertórios que estão em déficit, reduzir excessos comportamentais, bem como trabalhar com questões de relevância social, identificando comportamentos observáveis, estabelecendo comportamentos-alvo de mudança, e elaborando, assim, uma intervenção customizada para cada indivíduo e com avaliação perene a fim de averiguar a eficácia da intervenção aplicada (MIZAEL; RIDI, 2022).

A ABA utiliza princípios bem definidos, sendo que suas intervenções buscam modificar o comportamento de acordo com a realidade social de cada pessoa, suas configurações subjetivas e as relações de confiança que são estabelecidas e desenvolvidas entre os indivíduos e profissionais (KODAK; BERGMANN, 2020). Desse modo, e seguindo os pressupostos da Análise do Comportamento, os programas que abrangem o método buscam identificar e intervir de modo multifatorial, atuando na cognição, comportamento, linguagem, relações sociais e aumento no repertório prático da pessoa em acompanhamento. Além

disso, a ABA é caracterizada por uma coleta de dados antes, durante e depois da intervenção (CAMARGO; RISPOLI, 2013).

A ABA pode ser utilizada por uma variedade de profissionais (SANTOS; MIRANDA, 2024). Recentemente, a Associação Nacional de Profissionais da Análise do Comportamento obteve apoio para o projeto de lei 1321/22 que estabelece critérios para a utilização da terapia baseada na Análise do Comportamento Aplicada por profissionais da saúde e educação. De acordo com a proposta, os profissionais que aplicarem ABA deverão ser graduados ou pós-graduado em Análise do Comportamento Aplicada. Atualmente, no território brasileiro, a Associação Brasileira de Ciências do Comportamento (ABPMC) tem promovido a acreditação de analistas do comportamento, visando garantir que os profissionais ofereçam serviços eticamente orientados e compatíveis com os princípios e procedimentos da análise do comportamento. No entanto a acreditação fornecida pela ABPMC não é condição necessária para atuação (FREITAS, 2022).

Com este capítulo, pretende-se caracterizar a produção da Análise do Comportamento em Mato Grosso do Sul, a partir de publicações sobre o TEA nas principais revistas brasileiras de Análise do Comportamento. A escolha por artigos sobre o TEA justifica-se pelo aumento de pesquisas e do progresso da ciência dedicados a esse tema nos últimos anos (ZANON; SOUZA, 2024).

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo bibliométrico e documental, fundamentado na análise histórica de parte do processo de institucionalização da AC no Mato Grosso do Sul (MS). As fontes primárias deste estudo foram os artigos publicados nas principais revistas brasileiras de Análise do Comportamento, a saber: Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva (RBTCC), Revista Brasileira de Análise do Comportamento (REBAC) e Revista Perspectivas em Análise

do Comportamento (Perspectivas em AC). As revistas estão disponíveis online, em seus respectivos sítios eletrônicos, com livre acesso.

Para a coleta de documentos, foram analisados todos os artigos publicados até agosto de 2024. Foram identificados (1) os autores, (2) ano de publicação e (3) suas filiações institucionais a fim de verificar se pertenciam ao recorte de local. Para a busca, foram utilizadas palavras-chave como “Transtorno do Espectro Autista” e suas variantes (“TEA”, “autismo”), além das siglas das instituições de ensino superior do estado (AEMS, FAD, UCDB, UEMS, UFGD, UFMS, UNIDERP, UNIGRAN e UNIGRAN Capital) e os nomes das cidades que contém instituições vinculadas à pesquisa e Psicologia (Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Paranaíba e Três Lagoas). A pesquisa foi realizada entre 01 de abril de 2025 e 30 de abril do mesmo ano.

Para a coleta, tratamento e análise de dados, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel, versão 2010. A análise se deu após a localização dos documentos e sua leitura integral do texto. Os dados foram organizados em uma planilha e, posteriormente, analisados e interpretados. Para o valor de concordância, utilizou-se a fórmula apresentada na Figura 1, adotando-se, como critério de aceitação, o valor de 90% de concordância (BORRI; SOUZA, 2024). Nos casos de discordância, a equipe discutiu os resultados e, se necessário, realizou nova classificação.

$$\text{VALOR DE CONCORDÂNCIA} = \frac{\text{Número de concordância}}{\text{Número de discordância} + \text{Número de concordância}} \times 100$$

**Figura 1** - Fórmula para determinação do valor de concordância.

Fonte: Os autores.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com esta pesquisa, pretendeu-se caracterizar a produção da Análise do Comportamento em Mato Grosso do Sul, mais especificamente, buscando identificar a institucionalização desta área a partir de publicações sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) nas principais revistas

brasileiras de Análise do Comportamento. A escolha por artigos sobre o TEA justifica-se pelo aumento de pesquisas e do progresso da ciência dedicados a esse tema nos últimos anos (ZANON; SOUZA, 2024).

A partir da busca e do uso dos critérios de inclusão e exclusão, foram contabilizados dois artigos (VARELLA; SOUZA, 2011; VARELLA; SOUZA, 2018). As informações (título, autores, ano e fonte) dos documentos analisados estão apresentadas no Quadro 1. Ressalta-se que os nomes com asterisco indicam os pesquisadores sul-mato-grossenses.

**Quadro 1.** Informações sobre documentos que compuseram o corpus documental desta pesquisa.

TÍTULO	AUTOR(ES/AS)	ANO	REVISTA
O uso do Procedimento Blocado no Ensino de Discriminações Condicionais de Identidade para em Pessoas com Autismo: Efeitos do emprego de Três Estímulos Modelo	<i>André A. B. Varella*, Deisy G. de Souza</i>	2011	REBAC
Ensino por tentativas discretas: Revisão sistemática dos estudos sobre treinamento com vídeo modelação	<i>André A. B. Varella*, Carlos Magno Corrêa de Souza*</i>	2018	RBTCC

Fonte: Os autores.

A partir das informações sobre os artigos, percebe-se que os pesquisadores são oriundos da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), localizada em Campo Grande – MS. O artigo de Varella e Souza (2011) é do tipo aplicado, já Varella e Souza (2018) caracteriza-se como uma revisão sistematizada de literatura. Ainda sobre filiação institucional, percebe-se a existência de uma pesquisadora externa ao Estado pesquisa, o que levanta questões sobre o desenvolvimento de uma rede de pesquisadores da área. Em seguida, apresenta-se, brevemente, os artigos analisados.

De acordo com Varella e Souza (2011), o procedimento blocado é um dos procedimentos eficazes para o ensino de escolha de acordo com o modelo. Este procedimento caracteriza-se pelo emprego de dois estímulos de comparação e alterna dois estímulos modelo em blocos com um determinado número de tentativas consecutivas, que é reduzido até que os modelos são apresentados aleatoriamente. Entretanto, o proce-

dimento é considerado ineficiente por requerer um número grande de tentativas e ensinar apenas duas relações.

A partir de tal constatação, os autores investigaram os efeitos do aumento de dois para três estímulos modelo na aprendizagem de relações de identidade em pessoas com autismo. Participaram do estudo cinco indivíduos com autismo. Cada sessão tinha 24 tentativas; os passos iniciais apresentavam um mesmo estímulo modelo em uma sessão. À medida que o participante respondia com precisão, os três estímulos modelo eram apresentados em números de tentativas consecutivas cada vez menores na sessão: de 24 para 8, de 8 para 4, de 4 para 2; e em sequência aleatória. Depois de aprendidas novas relações de identidade, os participantes eram submetidos a um teste de generalização. Todos os participantes aprenderam relações de identidade com pelo menos dois conjuntos de estímulos, embora procedimentos remediativos tenham sido necessários para alguns participantes. Quatro de cinco participantes demonstraram generalização do responder.

Varella e Souza (2011) indicam que o procedimento blocoado funcionou para o ensino simultâneo de três relações condicionais, o que é importante para eficiência de ensino e evitar o estabelecimento de topografias de controle de estímulos irrelevantes. A discussão aborda questões acerca dos procedimentos e da programação de ensino de relações condicionais e identidade generalizada para indivíduos com atraso no desenvolvimento.

Varella e Souza (2018) indicam que as intervenções baseadas na Análise do Comportamento Aplicada (ABA) consistem em uma das principais intervenções com evidências de eficácia no TEA. O procedimento de ensino por tentativas discretas (DTT) é amplamente utilizado no tratamento do TEA, e seu treinamento é frequentemente necessário para viabilizar as intervenções ABA. Os autores objetivaram realizar uma revisão sistemática dos estudos que utilizaram a videomodelação (VM) no treinamento de profissionais e paraprofissionais para implementar DTT. Para isto, os termos “staff training”, “parent training” e “caregiver training” foram individualmente combinados com os termos “video

modeling” e “discrete trial” gerando três combinações de buscas nas bases de dados da Pubmed, Scielo, Redalyc e Lilacs.

Depois de aplicados os critérios de inclusão, Varella e Souza (2018) analisaram sete estudos a partir de cinco categorias. Os resultados indicaram que o treinamento com VM é eficaz e com potencial para ser empregado em larga escala e com menor custo.

Em síntese, a análise demonstra que os resultados deste estudo corroboram a hipótese de que a produção científica sobre Análise do Comportamento e TEA em Mato Grosso do Sul ainda é incipiente, pelo menos no que diz respeito às publicações nas revistas analisadas. A escassez de artigos com filiação institucional a universidades sul-mato-grossenses sugere um desafio na consolidação de uma comunidade acadêmica local forte e autônoma na área do TEA.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A intervenção analítico-comportamental em casos de autismo enfoca o ensino sistemático de unidades reduzidas e mensuráveis de comportamento. A eficácia do tratamento baseado na ABA sobre outras formas de terapia para remediar os déficits associados ao TEA tem sido demonstrada por pesquisas realizadas nos últimos 50 anos. Por essa razão, atualmente, tratamentos baseados na ABA têm sido recomendados por diversas organizações no Brasil. Por fim, o trabalho do analista aplicado do comportamento no autismo deve ser pautado na ética e na escuta desta população.

A realização deste estudo possibilitou caracterizar a produção de Análise do Comportamento em Mato Grosso do Sul sobre o Transtorno do Espectro Autista. Os resultados indicam que, apesar de o tema ter uma presença considerável nas principais revistas brasileiras da área, a participação de pesquisadores filiados a instituições sul-mato-grossenses ainda é incipiente.

A baixa representatividade de publicações locais sugere que a institucionalização da área do TEA no estado, a partir do referencial analítico-comportamental, ainda está em fase inicial. Essa constatação se reforça pela observação de que as poucas publicações encontradas são, em alguns casos, fruto de colaborações com pesquisadores de fora do estado, o que aponta para uma possível dependência de redes de pesquisa externas para o avanço da área em MS. A existência de uma comunidade científica local parece, portanto, ainda em processo de consolidação. Apesar dos desafios, a presença de publicações, mesmo que em número reduzido e ligado a um autor em específico, demonstra a existência de grupos de pesquisa e o interesse de profissionais no tema.

Acredita-se que a continuidade dos estudos sobre a produção científica local, bem como a ampliação de programas de pós-graduação e de grupos de pesquisa, pode contribuir significativamente para a consolidação de uma identidade científica sul-mato-grossense na Análise do Comportamento.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR** (5a. ed. rev.). Porto Alegre: Artmed, 2023.
- BORRI, V.; SOUZA, F. M. S. Data for a history of Behavior Analysis in Mato Grosso do Sul. **RGSA (ANPAD)**, v. 18, p. e05801, 2024.
- CAMARGO, S. P. H.; RISPOLI, M. Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. **Revista Educação Especial**, v. 26, n.47, p.639-650, 2013.
- CARDENAS, M. V.; SOUZA, F. M. S. Análise das dissertações sobre Transtorno de Espectro Autista do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFGD (2017-2022). Em: ZANON, R. B.; SOUZA, F. M. S. (Org.), **Transtorno do Espectro Autista na prática: pesquisa, ensino e extensão** (pp. 29-42). São Carlos: Pedro & João Editores, 2024.
- FREITAS, L. A. B. Certificação profissional, Análise do Comportamento Aplicada e Transtorno do Espectro Autista. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 24, p. 1-29, 2022.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025.

KODAK, T.; BERGMANN, S. Autism spectrum disorder: Characteristics, associated behaviors, and early intervention. **Pediatric Clinics**, v. 67, n. 3, p. 525-535, 2020.

MALAVAZZI, D. M. et al. Análise do comportamento aplicada: Interface entre ciência e prática? **Perspectivas**, v. 2, n. 2, p. 218-230, 2011.

MARTINS, M. F. A.; BARCELOS, K. S. A agenda de pesquisas do GEPES/UFGD sobre transtorno do espectro do autismo na Educação infantil em Mato Grosso do Sul. **Revista Even. Pedagóg**, v. 15, n. 3, p. 1392-1403, 2024.

MIZAEL, T. M.; RIDI, C. C. F. Análise do comportamento aplicada ao autismo e atuação socialmente responsável no Brasil: Questões de gênero, idade, ética e protagonismo autista. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 13, n. 1, p. 54-68, 2022.

SANTOS, V. A.; MIRANDA, A. K. B. O papel do psicólogo utilizando o método ABA para o comportamento do autista. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n.12, e12623, 2024.

SCHIMIDT, C. Transtorno do Espectro Autista: Onde estamos e para onde vamos. **Psicologia em Estudo**, v. 22, n. 2, 221-230, 2017.

VARELLA, A. A. B.; SOUZA, C. M. C. Ensino por tentativas discretas: Revisão sistemática dos estudos sobre treinamento com vídeo modelação. **Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva**, v. 20, n. 3, 73-85, 2018.

VARELLA, A. A. B.; SOUZA, D. G. O uso do Procedimento Blocado no Ensino de Discri- minações Condicionais de Identidade para em Pessoas com Autismo: Efeitos do emprego de Três Estímulos Modelo. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, v. 7. 55-71, 2011.

ZANON, R. B.; SOUZA, F. M. S. (Org.). **Transtorno do Espectro Autista na prática**: pesquisa, ensino e extensão. São Carlos: Pedro & João Editores, 2024.

## **SOBRE O ORGANIZADOR**

### **JOÃO ROBERTO DE SOUZA SILVA**

Pós-doutorado em Educação: Psicologia da Educação (PUC-SP). Doutor em Educação, Arte e História da Cultura (MACKENZIE). Psicólogo, Pedagogo, Pós-doutorado em Educação, Arte e História da Cultura (MACKENZIE).

CV: <http://lattes.cnpq.br/3399115118635753>

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

- ACT 7, 9, 10, 11, 13, 15, 17  
Análise do Comportamento 5, 16, 17, 18, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178  
Análise do comportamento aplicada ao autismo 178  
análise rizomática 20  
associação livre 37  
automatismo de repetição 25  
ação comprometida 13, 15

## C

- cadeia de significantes 5, 6, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 37  
campo do Outro 21  
campo simbólico 23  
cuidados paliativos 75, 102, 103, 104

## D

- defusão 13  
desexo humano 25  
desesperança criativa 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17  
dessensibilização 8  
determinação simbólica 22  
discurso da histérica 33, 42  
discurso da universidade 33, 41, 42  
discurso do analista 33, 37, 38, 42, 43, 44  
discurso do capitalismo 38  
discurso hegemonic 30

## E

- ECRO 52, 53  
Esquema Conceitual Referencial Operativo 52  
eventos privados aversivos 7, 11  
evitação experencial 7, 8, 10, 13

## F

- flexibilidade psicológica 7, 13  
forclusão 48  
fusão cognitiva 7

## G

- genealogia dos processos de subjetivação 27  
Grade imaginária 21  
grupos operativos 51, 52, 55, 168

## H

- Hermenêutica do sujeito 27, 30  
HEXAFLLEX 11, 12, 13

## I

- imagem acústica (significante 24  
imaginário 25, 35, 45, 143, 148  
inconsciente 21, 22, 24, 26, 28, 42, 48, 53, 54, 107, 111, 139, 145, 148  
inconsciente funciona com uma cadeia de significantes 24  
individuação 19  
intersubjetividade 21

## J

- Jung 19

## L

- laço social 32, 35, 37, 42, 66  
luto complicado 11

## M

- mais-de-gozar 35, 41  
metáfora do detector de mentiras 15  
modelo de processamento dual de luto 11, 12, 13

## N

- narcisismo das pequenas diferenças 53  
necropolítica 35, 45, 72  
Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (NUPESM) 32

## O

- objeto espiteomóflico 52

## P

- percepto 26  
psicanálise 5-6, 19, 21-23, 26, 31-33, 38-39, 41-42, 44-49, 55-56, 65, 105-116, 139-140, 143, 147, 153-155, 166  
Psicologia Institucional 49, 55  
psicologia selvagem 26  
Psicoterapia Institucional 49  
psiquismo 25  
pulsões 21, 140

## R

- RAPS 52  
recalcamento institucional 48  
recalque 37  
rede de atenção psicosocial 52, 90  
Reforma Psiquiátrica 47, 49, 54  
reprocessamento 8  
rizoma 29

## S

- saber que não se sabe 37  
ser de sensação 26  
setting remoto 31  
significante-mestre 36-37  
simbólico 21-23, 25, 35, 37, 43, 45, 51, 55, 148, 180  
Socioanálise 49  
subjetividade silenciadas 21  
sujeito castrado 36-37  
sujeito suposto saber 21

## T

- tecnologias do cuidado 5-6, 31, 33, 39  
tecnologias duras 39, 41  
tecnologias leve-duras 39  
tecnologias leves 39  
trabalho morto 41-42  
Trabalho Vivo 39, 41-42, 44  
transtorno afetivo bipolar 5-6, 83, 87, 92-93  
traço unário 21  
triade saber/verdade 27-28

ISBN 978-65-5368-687-8



9 786553 686878 >

Este livro foi composto pela Editora Bagai.



[www.editorabagai.com.br](http://www.editorabagai.com.br)



[/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai/)



[/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)



[contato@editorabagai.com.br](mailto:contato@editorabagai.com.br)