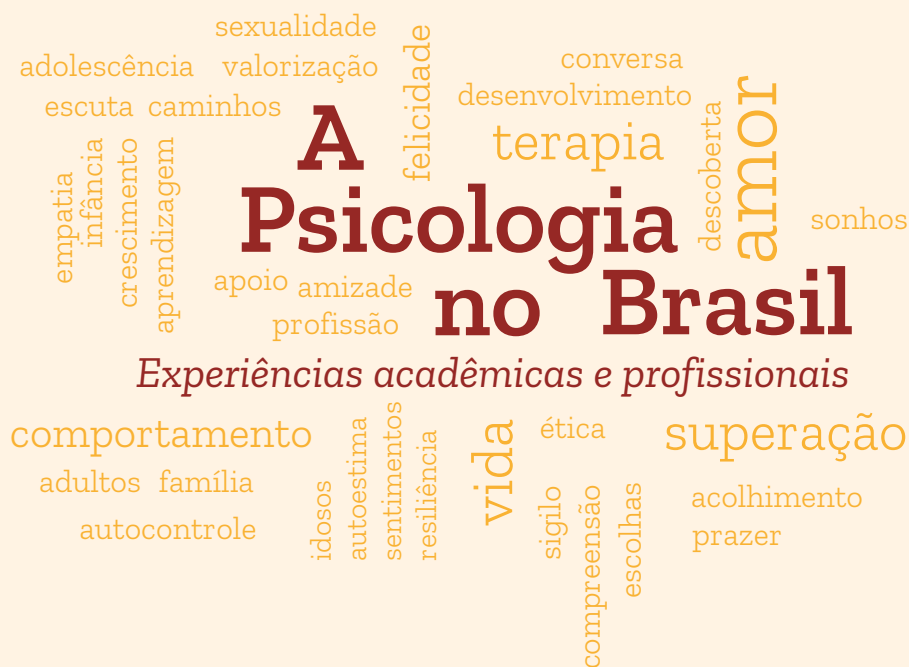


Denise de Matos Manoel Souza
Organizadora



A PSICOLOGIA NO BRASIL

Experiências acadêmicas e profissionais





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. Benevides CRB-1/38480

P969 1.ed.	A Psicologia no Brasil: experiências acadêmicas e profissionais [livro eletrônico] / (Org.) Denise de Matos Manoel Souza. – 1.ed. – Curitiba-PR, Editora Bagai, 2025, 183p. E-Book. Bibliografia. ISBN: 978-65-5368-558-1 1. Psicologia. 2. História da Psicologia. 3. Profissão. I. Souza, Denise de Matos Manoel. 07-2025/16
---------------	--

CDD 150.1

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicologia 150

 <https://doi.org/10.37008/978-65-5368-558-1.22.04.25>

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da Editora BAGAI por qualquer processo, meio ou forma, especialmente por sistemas gráficos (impressão), fonográficos, microfílmicos, 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



[/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)



[/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)



contato@editorabagai.com.br

Denise de Matos Manoel Souza
Organizadora

A PSICOLOGIA NO BRASIL

Experiências acadêmicas e profissionais



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>	Prof. Dr. Cleber Bianchessi
<i>Revisão</i>	Os autores
<i>Capa & Diagramação</i>	Luciano Popadiuk
<i>Conselho Editorial</i>	Dr. Adilson Tadeu Basquerote – UNIDAVI Dr. Anderson Luiz Tedesco – UNOESC Dra. Andréa Cristina Marques de Araújo - CESUPA Dra. Andréia de Bem 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 Luís Pereira – UFES Dr. Claudino Borges – UNIPAGET – CABO VERDE Dr. Cleidione 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. Joao Roberto de Souza Silva - UPM Dr. Jorge Carvalho Brandão – UFC Dr. Jose 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 Lenin Resende de Assis - UFLA Dr. Luciano Luz Gonzaga – SEEDUCRJ Dra. Luísa Maria Serrano de Carvalho - Instituto Politécnico de Portalegre/CIEP-UE - POR Dr. Luiz M B Rocha Menezes – IFTM Dr. Magno Alexon Bezerra Seabra - UFPB Dr. Marciel 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 Alexandra Gonçalves Nogueira - IPLEIRIA - PORTUGAL Dra. Nadja Regina Sousa Magalhães – FOPPE-UFSC/UFPEl Dr. Nicola Andrian - Associação EnARS, ITÁLIA Dra. Patricia de Oliveira - IF BAIANO Dr. Paulo Roberto Barbosa – FATEC-SP Dr. Porfírio Pinto – CIDH - PORTUGAL Dr. Rogério Makino – UNEMAT Dr. Reiner Hildebrandt-Stramann - Technische Universität Braunschweig - ALEMANHA Dr. Reginaldo Peixoto – UEMS Dr. Ricardo Cauica Ferreira - UNITEL - ANGOLA Dr. Ronaldo Ferreira Maganhotto – UNICENTRO Dra. Rozane Zaionz - 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 Perez 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. Yoissell López Bestard- SEDUCRS

APRESENTAÇÃO

Este livro é composto por 14 capítulos escritos por pesquisadoras e pesquisadores de três estados (Mato Grosso do Sul, Paraná e São Paulo) e Distrito Federal. A partir dos textos, as(os) leitoras(es) podem vislumbrar etapas do processo de formação em Psicologia (estágios básicos e específicos supervisionados em diversos contextos, trabalhos de conclusão de curso), bem como descrições de experiências profissionais e pesquisas.

No primeiro capítulo do livro, Ana Luíza Lopes e Felipe Souza analisam a institucionalização da Análise do Comportamento em Mato Grosso do Sul, a partir da caracterização e exame de materiais publicados em anais do I Simpósio de Integração: Interfaces Pedagogia, Psicologia e Serviço Social, realizado, em 2015. No segundo capítulo, Paula Ruiz e Divaldo Abreu Junior apresentam uma proposta de atuação do psicólogo em Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), instigando o debate sobre a igualdade de gênero.

A partir de um enfoque psicanalítico, Ana Maria Cunha, João Eduardo Oliveira, Mateus dos Santos e Regina Maria Gromann abordam, no capítulo 3, as múltiplas sexualidades que vêm sendo observadas em casos clínicos atendidos, enfatizando o lugar da família e seu posicionamento diante dessas sexualidades manifestadas por um de seus membros. Já Carlos Rodrigues, Gentil Ribeiro Filho e Yasmin Mateus discutem, no quarto capítulo, como os subsistemas de gestão de pessoas podem ser estruturados para minimizar riscos psicossociais, fomentando um ambiente de trabalho produtivo e em conformidade com a legislação vigente.

A Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo (TCCG) é discutida por Milene Silva e Letícia Silva no capítulo 5. As autoras apresentam os benefícios das técnicas da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) os para pacientes de grupoterapia. Ancoradas em teóricos da Psicologia do Desenvolvimento, Elaine Cristina Pettengill e Heloísa Grubits refletem, no sexto capítulo, sobre o suicídio na idade adulta jovem (20-40 anos). A série “In Treatment” é objeto de análise de Gabriela Lourenço, Eduardo Kabori, Mariele Sene e Maria Carolina Moraes no sétimo capítulo. Paola Januario e Ana Maria Mota realizam, no capítulo 8, uma reflexão gestáltica sobre o corpo infantil violentado.

Adotando o conto de *Rapunzel* como metáfora e, fundamentando-se na Psicanálise, Newton Bervian, Ana Carolina Ecco e Karine Waldon descrevem como a relação fusional entre mãe e filha se manifesta no *setting* analítico. Já Eveline Yamassaki apresenta uma proposta de tratamento clínico para crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), baseando-se na TCC. Ainda sobre TDAH, Mariana Cavalheiro e Julice Gadani discorrem sobre o impacto do *mindfulness* no tratamento do transtorno.

No capítulo 12, Ana Priscila Batista e Laura Bora ressaltam a importância do trabalho psicológico em diferentes contextos. As autoras mapeam como os profissionais da Psicologia atendem crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e suas famílias, tanto na rede pública quanto na privada em um município de pequeno porte do Paraná. No capítulo 13, Renata Marques e Denise Souza discorrem sobre o autismo feminino e os desafios associados ao diagnóstico tardio, devido ao baixo índice de diagnóstico do TEA feminino. Por fim, Lorraine Silva e Marcella Oliveira exploram os desafios enfrentados pelos psicólogos ao avaliar crianças com suspeita de TEA, destacando a importância de uma abordagem sensível, abrangente e individualizada para garantir uma avaliação precisa e apropriada.

Ressalta-se que a organização do livro “A Psicologia no Brasil: Experiências acadêmicas e profissionais” permite a reflexão sobre a Psicologia enquanto ciência e profissão no Brasil, assumindo procedimento ético e responsável, com discernimento crítico dos processos sociais, culturais e políticos para o estudo da sociedade, do indivíduo e sua relação nos mais diversos contextos sociais.

Boa leitura!

Professora Ma. Denise de Matos Manoel Souza
Organizadora

SUMÁRIO

“EU JÁ FIZ MINHA INSCRIÇÃO!”: A PRESENÇA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO EM UM EVENTO NO MATO GROSSO DO SUL	9
Ana Lufza Passos Lopes Felipe Maciel dos Santos Souza	
PSICOLOGIA NO SUAS: FOMENTANDO IGUALDADE DE GÊNERO COM ADOLESCENTES NO CREAS.....	17
Paula Helena Gomes de Moraes Ruiz Divaldo de Canavarros de Abreu Junior	
MILITARIZAÇÃO DA SEXUALIDADE: A CULTURA CONSERVADORA E A PRODUÇÃO DE SOFRIMENTOS	27
Ana Maria Xavier da Cunha João Eduardo Petri de Moraes Soares de Moura e Oliveira Mateus Vitor dos Santos Regina Maria Guisard Gromann	
SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO LABORAL: UMA ABORDAGEM INTEGRADA PARA GESTÃO DE PESSOAS E GESTÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS	39
Carlos Manoel Lopes Rodrigues Gentil Lopes Ribeiro Filho Yasmin Holanda Mateus	
OS BENEFÍCIOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA GRUPOTERAPIA	53
Milena Borges de Oliveira Silva Leticia Oliveira Silva	
REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE O SUICÍDIO NA IDADE ADULTA JOVEM (20-40 ANOS)	65
Elaine Cristina Costa Pettengill Heloísa Bruna Grubits	
SÉRIE “IN TREATMENT”: ANÁLISE ENTRE A FICÇÃO E A REALIDADE NO ENQUADRE TERAPÊUTICO.....	77
Gabriela Oliveira Lourenço Eduardo Toshio Kobori Mariele Vilela de Sene Maria Carolina Vianna de Moraes	
UMA REFLEXÃO GESTÁLTICA SOBRE O CORPO INFANTIL VIOLENTADO	89
Paola Adrianly Cardoso Januario Ana Maria Del Grossi Ferreira Mota	
“RAPUNZEL, RAPUNZEL, JOGUE SUAS TRANÇAS!”: ESTUDO DE CASO SOBRE UMA RELAÇÃO FUSIONAL ENTRE MÃE E FILHA	103
Newton Gabriel de Andrade Bervian Ana Carolina Tomé Ecco Karine Waldow	
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: PROPOSTA DE TRATAMENTO CLÍNICO PARA CRIANÇAS ATRAVÉS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	117
Eveline Ernica Borges Yamassaki	

O IMPACTO DO MINDFULNESS NO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE	125
Mariana Berres Cavalheiro Julice Angélica Antoniazzi Batistão Gadani	
ATENDIMENTO PSICOLÓGICO A CASOS DE TEA EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE.....	137
Ana Priscila Batista Laura Beatriz Bora	
O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA FEMININO E O DIAGNÓSTICO TARDIO	151
Renata Guerra Ferreira Marques Denise de Matos Manoel Souza	
AValiação Psicológica da Criança com Suspeita de Transtorno do Espectro Autista: Desafios para o Avaliador	165
Lorraine Raissa Soares Silva Marcella Antunes Sousa Luiz de Oliveira	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	180
ÍNDICE REMISSIVO	181

“EU JÁ FIZ MINHA INSCRIÇÃO!”: A PRESENÇA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO EM UM EVENTO NO MATO GROSSO DO SUL

Ana Luíza Passos Lopes¹

Felipe Maciel dos Santos Souza²

A Psicologia concentra áreas teóricas, conceituais, filosóficas e experimentais em constante desenvolvimento, o que possibilita infinitas maneiras de compreender o homem, o mundo e a relação entre eles. Nas principais abordagens que constituem a ciência denominada “Psicologia”, encontramos a Análise do Comportamento (AC) (ALENCAR, 2007).

A AC se fundamenta na filosofia da ciência proposta por B. F. Skinner, denominada Behaviorismo Radical. Esta filosofia propõe que o objeto de estudo da Psicologia seja o comportamento dos seres vivos, especialmente do homem (FONSECA; HAMSAKI; CAPELARI, 2006). Segundo esta perspectiva, o objeto de estudo deve ser entendido dentro de coordenadas espaço-temporais e na sua interação com o ambiente. Assim, seu objeto de estudo não está voltado nem para o ambiente nem para o indivíduo, mas para a interação dos dois (MATOS; TOMANARI, 2002).

Os conceitos analítico-comportamentais e suas contribuições aplicadas, básicas e práticas são divulgados de diversas maneiras, como publicações de artigos em periódicos científicos, em livros e em eventos científicos. Sabe-se que eventos científicos fazem parte da força motriz para o desenvolvimento de qualquer ciência natural (WITTER, et al., 2010). Na Psicologia, ou na Análise do Comportamento, não é diferente. A participação em eventos científicos para estudantes ou profissionais já formados costuma ser o combustível para que leiam, estudem e se aprofundem cada vez mais em temas de interesse. O evento científico é onde são discutidos estudos ainda não publicados. É, portanto, uma das melhores formas de se manter atualizado. Além disso, é uma oportunidade para fazer contatos com pesquisadores de diversas universidades, o que abre portas para a participação em projetos de pesquisa e ingresso em pós-graduações *stricto sensu*.

¹ Bolsista PIBIC-EM (UFGD). CV: <http://lattes.cnpq.br/7239846913343617>

² Doutorado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento (PUC-SP). Professor (UFGD). CV: <http://lattes.cnpq.br/5514957741890083>

A produção científica em psicologia educacional apresentada no I Congresso Brasileiro de Psicologia, Ciência e Profissão foi analisada por Santos et al. (2003). A partir de 304 painéis, os autores basearam-se em alguns critérios da metaciência, a saber, temática, autoria, modalidade, discurso e análise de dados, descritos nos resumos apresentados nos anais do congresso. Os resultados indicaram que houve uma diversificação das temáticas, com a maioria dos trabalhos incluídos numa categoria não prevista pela organização do congresso (Outros) para a área de Escola/Educação. A produção foi predominantemente feminina e de múltipla autoria. Quanto ao discurso, verificou-se que os resumos apresentaram um bom nível de elaboração, contendo os tópicos essenciais. Houve predominância de relatos de pesquisa em relação às outras categorias e a análise dos resumos desta modalidade mostrou que a maioria apresentava todos os itens necessários ao discurso científico. A análise qualitativa dos dados foi a forma de tratamento mais utilizada nos resumos avaliados.

A relação entre a Psicologia do Esporte e o futebol foi investigada por Infran e Souza (2019). Para isto, os autores realizaram um levantamento de trabalhos apresentados no Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão. A partir de uma pesquisa bibliográfica, os anais das edições de 2002, 2006, 2010 e 2014 foram utilizados como fonte de pesquisa. Os resultados obtidos com a pesquisa foram bem preocupantes, uma vez que mesmo existindo muitos trabalhos nos anos que ocorreram os congressos, foram poucos os trabalhos que faziam menção a intervenções da Psicologia dentro do futebol.

A produção sobre Transtorno do Espectro Autista a partir de anais de eventos na Grande Dourados – MS foi analisada por Matos, Leite, Ferraz e Souza (2023). Para isto, os autores realizaram uma análise bibliográfica de trabalhos relacionados ao TEA em eventos de 2013 a 2023, organizados por duas Instituições de Ensino Superior. De 491 trabalhos, foram localizados e analisados 19 trabalhos. Esse número demonstra a necessidade do aumento do debate e ensino sobre autismo no contexto universitário no interior do Mato Grosso do Sul como ferramenta de instrução de novos profissionais e atualização de psicólogas e psicólogos em atuação.

Recentemente, a produção analítico-comportamento sul mato-grossense tem sido objeto de pesquisas, como Souza (2016), Franco e Souza (2021), Ghellere et al. (2022), Righi et al. (2023), Mattos e Souza (2024) e Perosa e Souza (2024). Com este capítulo, pretendeu-se caracterizar a

institucionalização da Análise do Comportamento em MS, a partir da caracterização e exame de materiais publicados em anais do I Simpósio de Integração: Interfaces Pedagogia, Psicologia e Serviço Social, realizado, em 2015, pelo Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN), em Dourados que está localizada no sul do Estado pesquisado.

PERCURSO METODOLÓGICO

Os anais do I Simpósio de Integração: Interfaces Pedagogia, Psicologia e Serviço Social foram analisados. Os anais estão disponíveis em sítio gratuito e de livre acesso³, em formato eletrônico (pdf). Os resumos publicados foram analisados pela Comissão Científica do evento, a qual foi composta por dez professores de diversas instituições de ensino superior do Brasil.

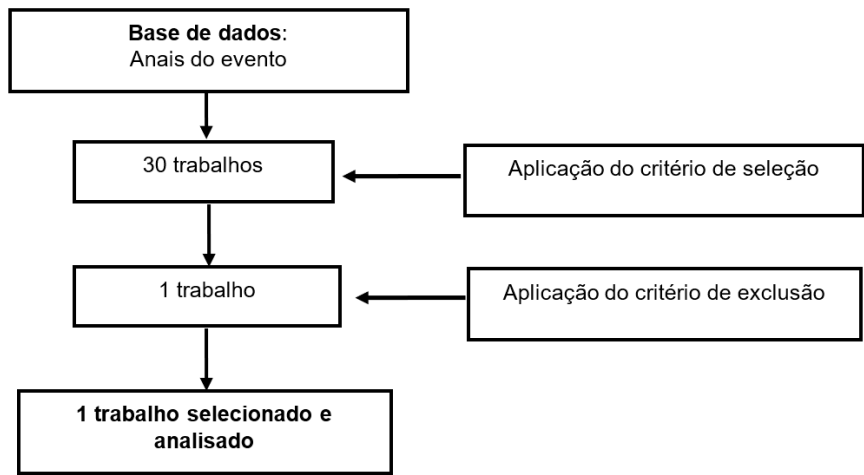
Para os propósitos deste trabalho, os documentos localizados e analisados foram pesquisas publicadas por pesquisadores(as) filiados(as) a Centro de Pesquisas e às Instituições de Ensino Superior de Mato Grosso do Sul, em 2015. Foram coletadas as informações sobre (a) autoria, (b) título do trabalho, (c) objetivos do trabalho, (e) materiais e método, (f) resultados apresentados e (g) conclusões apresentadas.

Inicialmente, utilizando-se as palavras de busca “Análise do Comportamento”, “Análise Aplicada do Comportamento”, “Análise Experimental do Comportamento”; “Análise Funcional”, “Behaviorismo Radical”, “Comportamento operante”; “Terapia Analítico-Comportamental” e “Terapia Comportamental”, foram localizados títulos e resumos das pesquisas disponíveis para serem selecionados. Ressalta-se que tais termos foram utilizados pois estão associados à teoria em que se fundamenta o capítulo.

Após a identificação de documentos, foram excluídos os materiais que não estavam de acordo com os objetivos da pesquisa. Então, foi aplicado o critério de exclusão de não possuir autor(a) ligado(a), no momento da publicação, Centro de Pesquisas e às Instituições de Ensino Superior de Mato Grosso do Sul, quer seja estudante ou profissional. Na Figura 1, sumariza-se os procedimentos de busca e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão amostral.

³ Endereço do I Simpósio de Integração: Interfaces Pedagogia, Psicologia e Serviço Social: <https://isimposiodeintegracao.blogspot.com/>

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de documentos.



Fonte: Os autores.

Após a quantificação dos trabalhos apresentados, seguiu-se à caracterização das áreas de pesquisas dos trabalhos, se pesquisa básica, aplicada ou teórica. Foram adotados os critérios de classificação de Borri e Souza (2024). Para a coleta, o tratamento e a análise de dados utilizou-se o programa Microsoft Excel, versão 2010. Para o valor de concordância, utilizou-se a fórmula apresentada no Quadro 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.

Quadro 1: Fórmula para determinação do valor de concordância.

$\text{VALOR DE CONCORDÂNCIA} = \frac{\text{Número de concordância}}{\text{Número de discordância} + \text{Número de concordância}} \times 100$

Fonte: Os autores.

Após a concordância entre os investigadores, foi iniciada a descrição e análise do material, levantando os seis aspectos descritos anteriormente. Assim, uma pesquisa compôs o corpus documental desta pesquisa, que foi lido na íntegra e cujo conteúdo foi analisado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Até o momento (2024), só houve uma edição do Simpósio de Integração: Interfaces Pedagogia, Psicologia e Serviço Social. O evento foi realizado nas dependências do Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN), durante os dias 21, 22 e 23 de outubro de 2015, com os objetivos de proporcionar a estudantes, pesquisadores, professores e profissionais de Pedagogia, Psicologia e Serviço Social o intercâmbio multiprofissional, e suscitar a discussão de questões referentes ao papel dos profissionais de Pedagogia, Psicologia e Serviço Social na sociedade contemporânea. Além disto, pretendeu divulgar trabalhos e pesquisas produzidas na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UNIGRAN. Na Figura 2 está representado o logo do evento analisado.

Figura 2 – Logo do I Simpósio de Integração: Interfaces Pedagogia, Psicologia e Serviço Social.



Fonte: Comissão Organizadora do evento científico.

No evento analisado foram apresentados 30 trabalhos. Deste total, quatro foram apresentados em forma de comunicação oral e 26 em forma de pôster científico. A partir dos critérios listados anteriormente, foi localizado e analisado, somente, um trabalho, o que representa 3,6% do total de pesquisadas publicadas nos anais do evento analisado. Tais dados indicam uma produção incipiente, aproximando-se dos dados encontrados e discutidos por Righi et al. (2023), Mattos e Souza (2024) e Perosa e Souza (2024). As informações (título, autores) do documento analisado estão apresentadas no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2: Informações sobre documento publicado e que compôs o corpus documental deste capítulo.

TÍTULO	AUTORES
Análise funcional do término de um relacionamento amoroso em <i>Forgetting Sarah Marshall</i>	Lucas Bliche Gomide Felipe Maciel dos Santos Souza

Fonte: Os Autores.

Diferentemente de Mattos e Souza (2024) que identificaram o predomínio de estudos teóricos, verifica-se que o estudo analisado é do tipo aplicado. Neste sentido, os dados Perosa e Souza (2024). Em relação à autoria dos trabalhos, três aspectos foram analisados: (1) gênero de autores(as) e (2) instituição de autores(as) filiados(as) às IES do Mato Grosso do Sul. Quanto ao gênero de autores, percebe-se que os dois autores são do sexo masculino. Tal dado aproxima-se dos valores de Mattos e Souza (2024).

Com relação às instituições dos autores filiados, verifica-se que, na época da publicação, os autores estavam ligados à Universidade Federal da Grande Dourados (n=1), e ao Centro Universitário da Grande Dourados (n=1). Tais dados podem indicar a existência de uma rede de colaboração entre pesquisadores das instituições identificadas, aproximando-se dos dados encontrados por Righi *et al.* (2023). Em seguida, realiza-se uma apresentação breve da pesquisa analisada.

De acordo com Gomide e Souza (2015), uma das principais demandas para a psicoterapia refere-se a relacionamentos amorosos. Nos últimos anos, os autores indicam que analistas do comportamento tem se dedicado a discutir este assunto, na tentativa de eliminar a incompreensão e preconceitos sobre o lugar dos sentimentos nesta ciência e em suas áreas de aplicação. Como ferramenta de trabalho, a análise funcional dos comportamentos está intimamente relacionada à intervenção, e os analistas do comportamento preconizam que a seleção do tratamento seja feita com base na análise da função, ou da provável função do comportamento.

Neste trabalho, Gomide e Souza (2015) apresentam análises funcionais dos comportamentos de Mike, personagem do filme *Forgetting Sarah Marshall*, lançado em 2008. Durante o rompimento de seu namoro, Mike relata que não irá vestir a roupa, pois assim sua ex-namorada não irá embora de casa, e por consequência existirá a oportunidade de discutir melhor sobre o término, o que pode revelar um repertório comportamental

limitado para lidar com frustração. Após o término de seu relacionamento de cinco anos, ao receber os conselhos de um amigo, Mike embarca em uma viagem para o Havaí.

Com as análises funcionais, Gomide e Souza (2015) indicam que o fim de um relacionamento amoroso, geralmente, é dolorido porque a pessoa deixa de entrar em contato com todas as coisas boas que o outro lhe fornecia e passa a experienciar os sentimentos aversivos, oriundos da perda de um reforçador. Por fim, os autores indicam que como os sentimentos produzidos pelo fim de um relacionamento são aversivos, a pessoa pode aprender a se comportar de modo a evitá-los ou eliminá-los a qualquer custo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da constatação de que a institucionalização da Análise do Comportamento ocorre de maneira particular em cada Estado brasileiro, com este capítulo pretendeu-se caracterizar a institucionalização da Análise do Comportamento em Mato Grosso do Sul, a partir de pesquisas publicadas em anais do I Simpósio de Integração: Interfaces Pedagogia, Psicologia e Serviço Social, realizado pelo Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN), em Dourados que está localizada no sul do Estado pesquisado.

Ao se pesquisar, observou-se a produção incipiente do Estado, pois foi identificado e analisado, somente, um trabalho. O estudo se deu na leitura integral dos materiais selecionados e na sistematização das informações apresentadas, como descrito anteriormente. Assim, foi possível identificar o predomínio de estudo aplicado. Entretanto, a ausência de estudos básicos e conceituais emerge a necessidade de se discutir sobre necessidade de que tais estudos sejam realizados, tanto no âmbito municipal, quanto no estadual.

Deve-se destacar a importância da constante interação entre a Análise do Comportamento, enquanto campo teórico da Psicologia, com áreas como Pedagogia e Serviço Social. Este estudo permitiu uma reflexão sobre a Análise do Comportamento em MS ao se estabelecer um contato com publicação realizada por pesquisadores locais, sendo possível identificar a ausência de mulheres envolvidas na publicização do conhecimento analítico-comportamental.

Os dados aqui apresentados corroboram outros estudos realizados no Estado e em outros veículos de publicização do conhecimento analí-

tico-comportamental. Ao se restringir este estudo a, apenas, um evento científico, constata-se a necessidade de que outros eventos possam ser objetos de análise para o que permitirá a compreensão geral da institucionalização da área em Mato Grosso do Sul.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, E. T. S. Análise do comportamento: do que estamos falando? **ConScientiae Saúde**, v. 6, n. 2, p. 261-267, 2007.
- 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.
- FRANCO, J. S.; SOUZA, F. M. S. A presença feminina em Análise do Comportamento: Um olhar sobre a produção de Mato Grosso do Sul. In: VII Congresso de Saúde, 2021. **Anais [...]**. Dourados: UNIGRAN, 2021, p. 232-233.
- GHELLERE, N. T. C.; et al. Quem disse isto? A presença de B. F. Skinner na produção científica de psicologia sul-mato-grossense. In: D. M. M. Souza; F. M. S. Souza (Orgs.), **Ciências do Comportamento: Questões atuais, desafios e possibilidades (volume 1)**. Itapiranga: Schreibe, 2022. p. 30-44.
- GOMIDE, L. B.; SOUZA, F. M. S. Análise funcional do término de um relacionamento amoroso em *Forgetting Sarah Marshall*. In: I Simpósio de Integração: Interfaces Pedagogia, Psicologia e Serviço Social, 2015. **Anais [...]**. Dourados: UNIGRAN, 2015, p. 22.
- INFRAN, I. B.; SOUZA, F. M. S. Relação entre a Psicologia do Esporte e o futebol: Um levantamento de trabalhos apresentados no Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão. **PSICOLOGIA.PT**, v. 750, p. 1-11, 2019.
- MATOS, B. G.; et al. A produção sobre Transtorno do Espectro Autista: Um Estudo de caso em anais de eventos na Grande Dourados (MS). **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 15, p. 246-261, 2023.
- MATTOS, A. A. L.; SOUZA, F. M. S. A produção de Mato Grosso do Sul na Coleção Comportamento em Foco. In: C. Bianchessi (Org.), **Pesquisas e estudos em Psicologia: ciência, profissão (Volume 2)**. Curitiba: Editora Bagai, 2024. p. 147-156.
- PEROSA, D. P. A.; SOUZA, F. M. S. Análise do Comportamento em Mato Grosso do Sul: Caracterização e exames de materiais publicados na Revista Psicologia e Saúde. **Revista Acadêmica Online**, v. 10, p. 1-14, 2024.
- RIGHI, L. M.; et al. Características e marcas da Análise do Comportamento em Mato Grosso do Sul: Um estudo a partir da Acta Comportamentalia. In: E. M. Senhoras. (Org.), **Psicologia: Debates Contemporâneos**. Boa Vista: Editora IOLE, 2023. p. 198-217.
- SANTOS, A. A. A.; et al. I Congresso Nacional de Psicologia - Ciência e Profissão: O que tem sido feito na Psicologia Educacional. **Psicol Esc Educ**, v. 7, n. 2, p. 135-144, 2003.
- SOUZA, F. M. S. A participação sul-mato-grossense nos encontros anuais da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (1992-2010). In: A. A. B. Varela (Org.), **Diálogos em Análise do Comportamento**. Campo Grande: UCDB, 2016. p. 37-54.

PSICOLOGIA NO SUAS: FOMENTANDO IGUALDADE DE GÊNERO COM ADOLESCENTES NO CREAS

Paula Helena Gomes de Moraes Ruiz¹
Divaldo de Canavarros de Abreu Junior²

INTRODUÇÃO

É perceptível que a inserção da Psicologia é relevante para as políticas públicas. A década de 2000 foi marcada como a década em que houve um aumento significativo na inserção dessa categoria profissional nas políticas públicas em todo o país. (MACEDO et al., 2011; SILVA; CORGOZINHO, 2011). Uma das oportunidades de inserção seria no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que tem criado importantes campos de trabalho para os psicólogos em todo o país.

De acordo com a Norma Operacional Básica/Sistema Único da Assistência Social – NOB/SUAS (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2012a), o SUAS é um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo que tem como objetivo gerenciar o conteúdo específico da assistência social na área de proteção. Para atingir seus objetivos, o SUAS viabiliza várias ações a fim de reduzir e prevenir situações de vulnerabilidades e riscos sociais, surgidos em decorrência do ciclo de vida, da fragilização dos vínculos afetivos familiares e comunitários, organizando-se em dois níveis de complexidade: a proteção social básica, com os Centros de Referência da Assistência Social – CRAS, e a proteção social especial, dividida em média e em alta complexidade, incorporando os Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2012b).

A inovação proposta pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social) quanto às ações da Assistência Social é a oferta de seguranças que

¹ Doutoranda em Psicologia (UCDB). Psicóloga. CV: <http://lattes.cnpq.br/5912222549232242>

² Doutorando em Psicologia (UCDB). Psicólogo. CV: <http://lattes.cnpq.br/8647971518266961>

visam a responder ao caráter emergencial da situação de pobreza e de desigualdade, por meio dos programas de transferência de renda, sem deixar de proceder no acompanhamento de indivíduos e famílias cujos vínculos familiares e sociais se encontrem fragilizados e/ou rompidos (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2012b). Nesse contexto, o CREAS desempenha um papel fundamental, oferecendo atendimento especializado e continuado a pessoas e famílias em situação de risco social ou que tiveram seus direitos violados. Dentre essas violações, a violência contra crianças e adolescentes é reconhecida internacionalmente como uma grave violação de Direitos Humanos. Consiste em toda forma de maus-tratos que resulte em dano à dignidade, saúde e desenvolvimento de crianças e adolescentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA reconhece a infância e a adolescência como fases de desenvolvimento peculiares e estabelece a necessidade de proteção integral à criança e ao adolescente a fim de lhes garantir o desenvolvimento em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 1990), e uma das formas de garantir essa proteção é a oferta e inclusão do jovem no serviço do CREAS.

As oficinas no CREAS voltadas aos adolescentes são marcadas por muitos aprendizados sobre seus direitos e pelo desenvolvimento de habilidades como liderança, comunicação e capacidade de encontrar soluções coletivas para os desafios dessa etapa da vida. Tudo isso faz com que a trajetória para a vida adulta flua com proteção e apoio, aproveitando todo o potencial dessa fase de oportunidades (RUIZ & ABREU JUNIOR, 2024). Sendo assim, o presente capítulo tem como objetivo apresentar uma proposta de atuação do psicólogo no CREAS, que deverá conduzir um grupo de adolescentes (oficina) no CREAS, instigando o debate sobre a igualdade de gênero, e fomentar que os adolescentes criem várias formas de comunicação sobre a temática visando contribuir para a não reincidência de violação de direito contra esses jovens.

DESENVOLVIMENTO

A proposta de atuação prevê a execução de 12 meses no total. Serão realizados 4 encontros semanais com carga horária de 8 horas

(2h cada encontro), com público formando um grupo fechado (ou seja, adolescentes iniciam e finalizam os encontros, sem aderir novos integrantes) de até 10 adolescentes. Ao finalizar um ciclo (4 encontros no total), inicia-se outro ciclo com novos integrantes, e assim por diante. São previstos a realização de 10 ciclos no total. Esta proposta de oficina tem como objetivos: a) Contribuir para o desenvolvimento de autonomia individual e social do jovem; b) Promover o protagonismo jovem, mobilizando para o exercício da cidadania; c) Estimular o jovem para que ele crie articulação com serviços de outras políticas públicas dos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança/Adolescente. O público-alvo deverá ser adolescentes com faixa etária de 12 a 18 anos inseridos no atendimento no CREAS.

DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS

1º encontro: Consciência de gênero

Descrição da atividade: Convidar o grupo a refletir sobre algumas perguntas, como, por exemplo, “Quando somos crianças, a forma como meninos e meninas são tratados é igual? As brincadeiras que nos ensinam são parecidas? As regras que dizem como devemos nos comportar são diferentes ou iguais? E, quando somos adolescentes, as cobranças que nós, meninas, recebemos são as mesmas que os meninos recebem? Os medos que nós e eles temos são os mesmos? Você já parou para pensar sobre isso?” explicar que, quando falamos sobre essas diferenças estabelecidas entre meninos/homens e meninas/mulheres, nós estamos falando sobre gênero. Durante essa reflexão, serão realizados os seguintes procedimentos: 1. Desenhe duas colunas na lousa digital. 2. Na primeira coluna, escreva “mulher”. Na segunda coluna, escreva “homem”. 3. Peça às participantes para falarem o nome de coisas associadas à ideia de “ser mulher”. Escreva os nomes na primeira coluna, conforme as participantes sugerirem. As respostas podem ter características positivas ou negativas. Auxilie as participantes a nomearem atributos tanto sociais como biológicos. 4. Repita a mesma atividade para a coluna “homem”. 5. Cite brevemente algumas das características listadas em cada coluna para reforçar o que as participantes disseram. 6. Troque os títulos de cada coluna, isto é, substitua a palavra

mulher pela palavra homem na primeira coluna e vice-versa em relação à terceira. Pergunte às participantes se as características listadas para as mulheres poderiam ser atribuídas aos homens e vice-versa.

Exercício: Após o debate, serão formadas duplas entre os participantes e realizada pesquisa nos notebooks sobre como mulheres que ocupam postos de poder são tratadas em comparação aos homens que ocupam as mesmas posições? Assim, os participantes serão incentivados a buscar na internet capas de revistas com “figuras de poder”. Ao observar as diferentes capas, as duplas deverão responder: o que vocês identificam na forma como homens e mulheres aparecem representados (as)? Quais características são atribuídas a eles e a elas nas capas? Anote quais foram as principais diferenças que vocês perceberam.

2º encontro: Feminilidade e Masculinidade

Descrição da atividade: Convidar o grupo a refletir sobre perguntas como, por exemplo, por quê? Por que os homens têm que mostrar coragem e força e as mulheres, fragilidade e dependência? Todo homem nasce forte e corajoso? Toda mulher é frágil e dependente? Tem que ser assim? Se existem mulheres e homens que nascem diferentes disso, como podemos afirmar que esses traços são naturais, e não criados pelas pessoas? Explicar sobre o conceito de “padrão de feminilidade” corresponde ao conjunto de ideias que se acostuma atribuir às mulheres por pertencerem ao sexo feminino, e nisso podemos incluir a passividade, a sensibilidade, a compreensão, a delicadeza, etc. e o conceito de “padrão de masculinidade” reúne características em torno dos homens, que se justificariam pelo fato de pertencerem ao sexo masculino, como a agressividade, dominação, insensibilidade etc. Seguindo esse raciocínio, o padrão dominante do que é ser homem corresponde às seguintes ideias: “homem que é homem não chora”; “o homem deve dar a última palavra a qualquer custo”; “o homem nunca deve demonstrar medos e inseguranças”; “o homem não deve tolerar o questionamento de sua autoridade”; “o homem é o chefe da família”; “o homem deve controlar os rendimentos da casa”; “homem deve demonstrar dureza e ter pulso firme” etc.

Exercício: Após o debate, será pedido que os participantes assistam os vídeos curtos e <https://www.youtube.com/watch?v=JyKxmACaSSQ> e discutam a respeito das diferenças que a sociedade coloca para meninas e meninos.

3º encontro: Entendendo a violência de gênero

Descrição da atividade: Convidar o grupo a refletir sobre o que é violência de gênero, tipos de violência contra a mulher, os níveis de risco de violência, sobre o violentômetro e seus exemplos, sobre o ciclo de violência.

Exercício: Antes e após o debate, será pedido que os participantes reflitam e respondam às seguintes perguntas: “Refleta: o que você já deixou de fazer por ser menina (o)? O que você acha que nunca poderá fazer por ser menina (o)? E o que você precisa fazer por ser menina (o)? Essas perguntas logo nos levam, por exemplo, às tarefas domésticas ou à relação que estabelecemos com a rua. Você já comparou o tempo que mulheres/meninas e homens/meninos levam fazendo tarefas domésticas? Ou já pensou em como, dependendo do horário, a rua pode parecer um lugar que dá medo? Afinal, será que meninas e meninos têm medo de estar na rua tarde da noite pelas mesmas razões?

4º encontro: Dialogando para meninas e meninos

Descrição da atividade: Convidar o grupo a refletir sobre o diálogo com outras pessoas e levar adiante os temas tratados nos outros encontros. Esse é o momento dos adolescentes se ouvirem, se fortalecerem e se apoiarem mutuamente. Sobre a importância de dialogar com outras meninas e meninos.

Exercício: Serão retomados os resumos breves sobre todos os tópicos abordados nos outros encontros. A partir da inspiração, os participantes devem planejar e produzir um pequeno vídeo ou áudio a ser divulgado para as pessoas de sua comunidade, com o objetivo de apresentar sobre a igualdade de gênero, trazendo dados e conceitos trabalhados nos encontros anteriores, conectando-os ao tema escolhido pelo grupo. Serão aproveitadas as habilidades e saberes do grupo.

Orientação para a elaboração do roteiro: O que vai ser falado? (Escreva tópicos e depois o texto) Quem vai falar? Quais são as pessoas que vão

aparecer no vídeo? Escolha o formato: será uma entrevista? Uma declaração opinativa? Uma notícia? Uma poesia? Um texto informativo? (cada formato tem suas particularidades. Vocês podem buscar exemplos de formatos de produção audiovisual para ter como base). Quem vai cuidar da produção, gravação e edição? Quais equipamentos temos disponíveis? Onde será gravado? Como será divulgado? (redes sociais, YouTube, aplicativo de mensagens etc)

Logo, deve-se utilizar indicadores para monitorar e avaliar a proposta de atuação. Um dos principais indicadores é o número de adolescentes participantes, que busca responder a perguntas como: quantos adolescentes participaram dos ciclos de oficinas ao longo dos 12 meses? Quantos ciclos foram realizados e quantos adolescentes foram atendidos por ciclo? Outro aspecto é a frequência e o engajamento dos adolescentes. É importante avaliar qual foi a taxa de participação média nos encontros, ou seja, quantos adolescentes compareceram regularmente, e quantos completaram todos os encontros de um ciclo.

O acesso a informações também deve ser medido, verificando quantos adolescentes demonstraram compreensão dos conceitos de igualdade de gênero após os encontros, por meio de avaliações verbais ou outras metodologias. Além disso, captar a percepção dos adolescentes sobre o impacto das oficinas em suas vidas, seja por meio de depoimentos ou rodas de conversa. Eles relatam maior consciência sobre seus direitos e a importância da igualdade de gênero?

O desenvolvimento de habilidades é outro indicador relevante. Os adolescentes demonstram maior capacidade de comunicação, liderança e trabalho em grupo após as oficinas? Eles se sentem mais preparados para discutir e enfrentar questões relacionadas à violência de gênero? Já no que diz respeito ao protagonismo juvenil, os adolescentes estão mais engajados em ações comunitárias ou em debates sobre igualdade de gênero após as oficinas? Eles demonstram iniciativa para replicar o conhecimento adquirido em suas comunidades?

Por fim, é importante verificar se houve mudanças de comportamento nos adolescentes. Há relatos de mudanças em suas atitudes em relação aos papéis de gênero, como maior respeito às diferenças e ques-

tionamento de estereótipos? Eles relatam maior autonomia e confiança para tomar decisões em suas vidas?

Para coletar dados sobre esses indicadores, serão utilizadas diversas ferramentas: questionários deverão ser aplicados antes e após os ciclos para medir a evolução do conhecimento e das atitudes dos adolescentes; rodas de conversa serão realizadas para ouvir os adolescentes e avaliar suas percepções sobre o projeto; já a observação participante será registrada pelos psicólogos, que documentarão o engajamento e a participação dos adolescentes durante as atividades; por fim, será feita a análise de materiais produzidos, avaliando a qualidade e o impacto dos vídeos, áudios ou outras formas de comunicação criadas pelos adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São esperadas algumas metas após o cumprimento de todos os requisitos necessários e possíveis com a referida ação. Em primeiro lugar, espera-se que os adolescentes participantes desenvolvam maior autonomia individual e social, tornando-se mais conscientes de seus direitos e responsabilidades. Isso inclui a capacidade de tomar decisões informadas e participar ativamente na sociedade, exercendo sua cidadania de forma plena. Além disso, como a proposta visa aumentar a conscientização sobre a igualdade de gênero, espera-se que os adolescentes compreendam e questionem os estereótipos de gênero e as normas sociais que perpetuam a desigualdade, sendo capazes de identificar e combater situações de violência de gênero e discriminação. Nesse processo, a atuação do psicólogo é fundamental, pois ele contribui para o desenvolvimento emocional e social dos adolescentes, ajudando-os a lidar com conflitos internos e externos, além de fortalecer sua autoestima e resiliência (RUIZ & ABREU JUNIOR, 2024).

Através das atividades propostas, os adolescentes devem desenvolver habilidades essenciais, como comunicação eficaz, trabalho em equipe e resolução de conflitos. A produção de vídeos ou áudios sobre igualdade de gênero, por exemplo, incentivará a criatividade e a expressão, além de promover a disseminação de informações relevantes para a comunidade. O psicólogo, nesse contexto, atua como um facilitador, mediando as relações interpessoais e promovendo um ambiente seguro e acolhedor para que os adolescentes possam se expressar livremente (SANTOS, 2016). Paralela-

mente, a proposta busca estimular os adolescentes a se articularem com serviços de outras políticas públicas, como saúde, educação e segurança, fortalecendo a rede de proteção e garantia de direitos para crianças e adolescentes. Isso inclui a compreensão de como acessar esses serviços e como eles podem contribuir para o bem-estar mental.

Além disso, o psicólogo desempenha um papel estratégico na avaliação e no monitoramento do projeto, utilizando ferramentas e metodologias específicas para mensurar o progresso dos adolescentes e o impacto das atividades realizadas. Por meio de observações, rodas de conversa e intervenções individualizadas, o psicólogo identifica avanços, desafios e necessidades específicas, ajustando as estratégias do projeto para garantir que ele atenda às demandas reais dos participantes. Essa atuação contribui para a efetividade das ações, garantindo que os adolescentes não apenas adquiram conhecimento, mas também internalizem valores e práticas que promovam a igualdade de gênero e o respeito às diferenças.

Outro aspecto relevante da atuação do psicólogo é o trabalho com as famílias e a comunidade. Muitas vezes, as questões relacionadas à violência de gênero e à desigualdade estão enraizadas em contextos familiares e sociais mais amplos. O psicólogo, ao atuar de forma integrada, pode promover espaços de diálogo e reflexão com as famílias dos adolescentes, ajudando-as a compreender e apoiar as mudanças propostas pelo projeto. Essa abordagem amplia o impacto das ações, pois envolve não apenas os adolescentes, mas também seu entorno, criando uma rede de apoio mais sólida e consciente.

Ainda, o psicólogo tem um papel fundamental na prevenção e no enfrentamento de situações de risco, como violência doméstica, abuso e exploração. Ao identificar sinais de vulnerabilidade, ele pode intervir de forma rápida e eficaz, articulando-se com outros profissionais e serviços da rede socioassistencial para garantir a proteção integral dos adolescentes (RIBEIRO & GUZZO, 2014). Essa atuação preventiva é essencial para que o projeto não apenas promova a igualdade de gênero, mas também contribua para a redução de violações de direitos e para a construção de um ambiente mais seguro e acolhedor.

Por fim, a atuação do psicólogo no projeto reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial. Ao trabalhar em conjunto

com assistentes sociais, educadores, profissionais da saúde e outros atores, o psicólogo contribui para a integração das políticas públicas, garantindo que os adolescentes tenham acesso a um atendimento integral e de qualidade (CORDEIRO, 2018; COSTA & SILVA, 2021). Essa colaboração fortalece a rede de proteção e amplia as possibilidades de transformação social, alinhando-se aos objetivos do SUAS e às diretrizes ECA.

Em síntese, a atuação do psicólogo apoia o desenvolvimento individual dos adolescentes, como também fortalece as relações familiares, comunitárias e institucionais. Também contribui para a criação de um ambiente propício à reflexão, ao aprendizado e à mudança, promovendo a igualdade de gênero, o respeito à diversidade e a construção de uma sociedade mais equitativa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Federal no 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**.

COSTA, R. M. A.; SILVA, R. D. Between the limits and potentialities: Reflections on the psychologist's performance at SUAS. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 23, n. 2, p. 1-17, 2021.

CORDEIRO, M. P. A psicologia no SUAS: uma revisão de literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. 3, p. 166-183, 2018.

MACEDO, J. P. *et al.* O psicólogo brasileiro no SUAS: quantos somos e onde estamos? **Psicologia em Estudo**, 16, p. 479-489, 2011.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME [MDS]. **NOB SUAS**. Brasília: MDS, 2012a.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME [MDS]. **Tipificação nacional de serviços socioassistenciais**. reimp. Brasília: MDS, 2012b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Geneva: OMS, 2006.

RIBEIRO, M. E.; GUZZO, R. S. L.. Psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): reflexões críticas sobre ações e dilemas profissionais. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 9, n.1, p.83-96, 2014.

RUIZ, P. H.; ABREU JUNIOR, D. C. Atuação do psicólogo no SUAS: promovendo a cidadania do jovem no CREAS. In: F. A. Almeida; J. Klaus (Org.), **Psicologia: Teorias e Práticas em Pesquisa**. Editora Científica Digital, 2024. p. 119-128.

SANTOS, P. H. R.. Psicologia e SUAS: Problematizando a atuação da(o) Psicóloga(o) no CRAS. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v.1, n. 2, p. 147-165, 2016.

SILVA, J. V.; CORGOZINHO, J. P. Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e psicologia social comunitária: possíveis articulações. **Psicologia & Sociedade**, 23, p. 12-21, 2011.

MILITARIZAÇÃO DA SEXUALIDADE: A CULTURA CONSERVADORA E A PRODUÇÃO DE SOFRIMENTOS

Ana Maria Xavier da Cunha¹

João Eduardo Petri de Moraes Soares de Moura e Oliveira²

Mateus Vitor dos Santos³

Regina Maria Guisard Gromann⁴

“Depois de todas as tempestades e naufrágios, o que fica de mim e em mim é cada vez mais essencial e verdadeiro” (Caio Fernando de Abreu).

INTRODUÇÃO

Este capítulo pretende abordar as múltiplas sexualidades que vêm sendo observadas em casos clínicos atendidos, bem como dar ênfase ao lugar da família e seu posicionamento diante dessas sexualidades manifestadas por um de seus membros.

Geralmente são famílias religiosas que não só não aceitam a condição sexual de seu membro, como tentam anular sua subjetividade e destiná-los a um exílio familiar, mobilizando um ambiente de desamparo, hostilidade e de ameaças constantes, minando a segurança, a compreensão e a constituição das relações afetivas, promovendo frequentemente sintomas que podem ir da falta de confiança em si mesmo, até automutilação, pânico e tentativas de suicídio.

Frequentemente as relações dos pais com os filhos se mostram corretivas e adaptativas demonstrando uma preocupação muito mais com a

¹ Pós-graduada em Psicanálise e Análise do Contemporâneo (PUCRS). Psicóloga (UNIP). CV: <http://lattes.cnpq.br/8229263834320105>

² Psicólogo (UNIP). Psicanalista. CV: <http://lattes.cnpq.br/7592670811117645>

³ Especialização em Teorias e Técnicas para Cuidados Integrativos (UNIFESP). Psicólogo e psicanalista. Professor e Supervisor Clínico (UNIB). CV: <http://lattes.cnpq.br/6101136344043844>

⁴ Doutora e Mestre em Psicologia Clínica (PUCSP). Docente (Instituto Sedes Sapientiae). Psicóloga clínica e psicanalista. CV: <http://lattes.cnpq.br/5624769588787442>

aparência deles, suas imagens diante dos outros, do que a compreensão legítima de suas subjetividades.

Há uma tentativa de aniquilação desses sujeitos, da forma como se apresentam, tentando formatá-los sexualmente, instituindo uma militarização da sexualidade, como forma de “curá-los”. Nesse sentido, observa-se que, em muitos casos, como na adolescência, momento em que os jovens estão ainda sob a égide da jurisdição familiar, não podem se relacionar com outros jovens da família, em virtude de se tornarem um exemplo de uma sexualidade não aceita e repudiada por eles; tampouco, são impedidos de circularem livremente fora de casa, com amigos que supostamente também tenham uma sexualidade, isto é, heterossexual, diferente da aceita pela família. Desse modo não conseguem suportar o ambiente hostil e de intimidações, o que, via de regra, promove uma crise psíquica no paciente.

Estes pais são refratários a quaisquer orientações psicológicas e tendem a ameaçar o processo psicológico do filho, ou mesmo se tornam surdos a qualquer clamor de ajuda que venha dele, ou de aceitarem o sofrimento pelo qual estão passando.

Diante deste quadro, pretendemos nos aproximar do tema que muito influencia não só o trabalho clínico, quanto o estado psíquico do paciente.

O termo militarização surgiu como sinônimo de condutas envoltas por controle e rigidez e, quando relacionada à esfera da sexualidade, é compreendida como um cerceamento dos modos de expressão subjetiva.

A cultura conservadora comumente desponta como o cerne da produção de sofrimentos no sujeito, dentre os quais a compreensão de si para descobrir e viver a sexualidade, romper com a normatividade, e poder acessar o próprio desejo. Nessa medida, deixando de ser um momento de encontro consigo e com as peculiaridades do ser, para se tornar uma ocasião de muitos conflitos e situações de desamparo.

Serão utilizados fragmentos clínicos de dois casos atendidos, analisados em um referencial psicanalítico, levando em conta o histórico, a evolução das leis, mudanças jurídicas no Brasil em relação ao público LGBTQI+ e a posição do Conselho Federal de Psicologia nesta questão.

ALGUNS DADOS HISTÓRICOS, JURÍDICOS E CLÍNICOS DIANTE DA QUESTÃO LGBTQI+

Historicamente, a psicologia no Brasil refletiu os mesmos preconceitos e estigmas sociais em relação à comunidade LGBTQI+ que eram prevalentes em outras partes do mundo. Até o final do século XX, a homossexualidade era muitas vezes vista como uma doença ou desordem mental por alguns profissionais de psicologia. No entanto, o Conselho Federal de Psicologia se posicionou pela despatologização da homossexualidade. Estabelecendo então normas para atuação dos psicólogos com a Resolução 01/99 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que proíbe os psicólogos de adotarem práticas de terapia de conversão ou outras formas de tratamento que busquem alterar a orientação sexual ou identidade de gênero das pessoas.

Houve uma evolução significativa na compreensão da diversidade sexual e de gênero na psicologia brasileira. Movimentos de ativismo LGBTQI+, juntamente com avanços acadêmicos e científicos, contribuíram para uma mudança de paradigma em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Além de avanços jurídicos, como a criminalização da homofobia ou mesmo o casamento homoafetivo. A citação abaixo refere a publicação em site oficial do governo no ano de 2023:

O Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu que atos ofensivos praticados contra pessoas da comunidade LGBTQIAPN+ podem ser enquadrados como injúria racial. A decisão foi tomada na sessão virtual concluída em 21/8, no julgamento de recurso (embargos de declaração) apresentado pela Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT) contra acórdão no Mandado de Injunção (MI) 4733.

O Brasil tem tomado medidas para proteger os direitos da comunidade LGBTQI+ através de leis antidiscriminação e decisões judiciais importantes. Mas ainda assim as ameaças seguem constantes por parte de uma política e (ou) políticos conservadores que refletem a ideologia de uma parte da sociedade. Como evidenciado no Jornal da USP em 2023, sobre o casamento homoafetivo:

O assunto parecia pacificado desde 2011, quando o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que as uniões entre pessoas do mesmo sexo se equiparam, no âmbito do direito civil, às uniões entre pessoas de sexos opostos. Até o embate na Comissão de Previdência, Assistência Social, Família, Infância e Adolescência da Câmara trazê-lo de volta à tona.

Apesar do Supremo Tribunal Federal (STF) ter emitido decisões que ampliam os direitos da comunidade LGBTQI+, como o reconhecimento da união estável entre pessoas do mesmo sexo e a criminalização da homofobia e transfobia. Recentemente, como mencionado pela Agência Câmara de Notícias, houve a movimentação e aprovação de um projeto de Lei que ameaça o direito ao casamento homoafetivo.

A Comissão de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família da Câmara dos Deputados aprovou o projeto que proíbe o casamento entre pessoas do mesmo sexo. A medida está prevista no parecer do relator, deputado Pastor Eurico (PL-PE), apresentado ao Projeto de Lei 580/07 e aos textos apensados a ele. O parecer recebeu 12 votos favoráveis e cinco contrários.

Ainda assim, diante do histórico social, vale citar as implicações do trabalho terapêutico com adolescentes, que por sua vez, estão sob a tutela dos pais ou responsáveis e muitas vezes submetidos a suas crenças e escolhas. Em composição a compreensão disso, existem implicações legais, previstas pelo ECA, que podem viabilizar fortalecimentos sociais e culturais, proporcionando uma conduta de cuidado ampliado e respaldado pela ampliação da malha representacional dos sujeitos envolvidos.

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Na prática clínica, os psicólogos no Brasil são incentivados a adotar uma abordagem culturalmente sensível e afirmativa em relação à questão LGBTQI+. Isso envolve reconhecer a diversidade de orientações sexuais

e identidades de gênero, bem como compreender os desafios específicos enfrentados pela comunidade LGBTQI+. Os profissionais de psicologia devem estar cientes das questões de saúde mental que afetam a comunidade LGBTQI+, como a discriminação, o estigma social e os desafios relacionados à aceitação pessoal e familiar. É importante oferecer um ambiente de apoio e aceitação, livre de preconceito e julgamento.

Em resumo, a psicologia no Brasil tem desempenhado um papel importante na promoção da aceitação e dos direitos da comunidade LGBTQI+, através da evolução das práticas profissionais, do reconhecimento legal e do fornecimento de serviços clínicos sensíveis à questão LGBTQI+.

FRAGMENTOS CLÍNICOS⁵

No fio da navalha: tecendo o destecer a cada sessão.

A família da adolescente Marta, de 16 anos, procurou a psicoterapia após Marta apresentar ideação suicida, automutilação e conflitos familiares diante de sua orientação sexual. A entrevista foi feita primeiro com os pais e esses se mostraram inicialmente preocupados com a filha, mas conforme ela foi levantando questões da sua sexualidade foi havendo uma certa resistência com o trabalho terapêutico.

Com o desenrolar do processo psicoterápico notou-se uma posição rígida dos pais no que tange a sexualidade de Marta, demonstrando incapacidade de compreender, tolerar e orientar a paciente, havendo por parte do pai ataques agressivos à forma com a qual Marta se veste e, não tendo qualquer empatia com seu sofrimento, afirmando que todos os sintomas que Marta apresentava eram em decorrência de sua homoafetividade. Por seu turno, a mãe de Marta apresentou uma posição submissa e de conluio com o pai, não apoiando a filha. As funções parentais, portanto, são marcadas pela homofobia, exercendo um poder opressor, causando muito sofrimento o que foi possível observar durante as primeiras entrevistas, bem como sendo demonstrado pela prática automutiladora da escarificação, isolamento social, baixa autoestima, sintomas de depressão, ansiedade, modos que Marta encontrou para transmitir à família seu sofrimento psíquico.

⁵ Todos os nomes utilizados neste artigo são fictícios para preservar a confidencialidade dos pacientes.

No decorrer do processo psicoterápico, observou-se notoriamente a falta de previsibilidade do ambiente familiar carregado de ameaças e ataques verbais, ocasionando em Marta crises de angústia acompanhadas de um sentimento de não pertença à família, ocasionados pelo seu isolamento afetivo do grupo familiar. O desamparo vivido por Marta está relacionado igualmente a uma necessidade de validação de sua pessoa, não havendo nenhuma resposta positiva. A homoafetividade de Marta é tratada pelos seus pais como uma doença a ser curada, sendo essa a primeira expectativa da família com o trabalho psicoterapêutico, o que foi desconstruído com eles já na primeira entrevista. A família de Marta, sendo religiosa, entende a sexualidade dela como um pecado a ser penitenciado, rejeitando qualquer aceitação de sua condição. Desse modo a adesão ao processo tornou-se quase inviável, embora Marta continuasse a vir às sessões.

O manejo clínico utilizado foi promover um ambiente acolhedor, sigiloso e privativo no sentido de garantir que Marta pudesse ter confiança na psicoterapeuta e um espaço no qual pudesse se desenvolver com maior liberdade de pensamento e de expressão de afetos. Nesse sentido o processo se encaminhou para o fortalecimento egóico, e de base, no que tange à seus estudos e, atualmente, Marta se prepara para um primeiro trabalho, fato que a organiza, promovendo um ambiente de esperança em sua vida. Ela é uma jovem inteligente e estudiosa, e vem tendo benefícios no que se refere a esse movimento de vida encontrado no segmento psicoterapêutico.

No entanto, o processo segue com altos e baixos, pois o que se tece nas sessões é desfeito no ambiente familiar que prossegue sendo hostil e por vezes, de sabotagem ao seu crescimento. No entanto, o processo segue com altos e baixos, pois o que se tece nas sessões é desfeito no ambiente familiar que prossegue sendo hostil e por vezes, de sabotagem ao seu crescimento. Quando há possibilidades de Marta, mostrar suas qualidades em termos de inteligência, a família tende a criticar e desvalorizar seu potencial, evitando que a mesma possa ter circularidade de evidenciar-se profissionalmente. Mesmo diante dessas vicissitudes Marta, ingressou no curso profissionalizante e no mercado de trabalho.

Desse modo, a tarefa clínica se encontra em um fio de navalha, dada às difíceis circunstâncias em que ocorre.

Esconder para proteger, mas de quem?

Adentrando ao início do processo de análise, Tiago, homem cis, 32 anos, trouxe como queixa crises de ansiedade, desencadeadas por conflitos de seu relacionamento e por problemas no trabalho. Nos desdobramentos da análise, compreendeu que tais situações, apesar de estressoras, não eram a origem de sua ansiedade, bem como seu medo da rejeição e abandono, tão presentes em situações trazidas por Tiago em seu discurso sobre a vivência acadêmica, sua vida profissional e os relacionamentos amorosos vividos. Mas, ocorriam em suas vivências primárias em sua relação familiar, onde houve retaliações, questionamentos desde sua infância por comportamentos diferentes, que soavam ameaçadores para sua família, que então o colocavam em constante estado de alerta e autoquestionamento.

Teve sua orientação sexual desvelada para si e para família durante a adolescência. Sem grandes embates diretos, sentia a distância afetiva familiar no cotidiano, mas em geral sempre descreveu muito superficialmente seu processo sobre tais vivências durante as sessões.

Dentre as marcas de suas vivências e trocas familiares, o paciente, apesar de suas conquistas e dedicação, segue em constante insegurança e sintomas ansiosos. Busca no processo de análise um espaço para acessar a si sem julgamentos, construir relações possíveis e então, desenvolver recursos para lidar com situações estressoras para si.

Em experiência clínica, foi possível acessar histórias onde o aspecto violento da família direcionado para pessoas lgbt's se repetia, muitas vezes atravessado por crenças e um caráter religioso fundamentalista e conservador. Dentre os episódios vividos, houve um onde os ataques recebidos eram carregados de um desejo de aniquilamento, em que o paciente em questão ouviu de sua genitora frases que iam de “preferia um filho no caixão que um filho gay” (sic) à “não quero você com a família, pra não saberem sobre você” (sic). Ambas em proporções

distintas podem ser compreendidas como formas de ocultamento da existência do mesmo.

Diante do processo de análise o acesso e a narrativa das lembranças hostis eram permeados por intensa defesa, onde Tiago em questão buscava justificar as condutas familiares, chegando a afirmar que isso não o impactava. No entanto, a voz embargada e os olhos lacrimejantes eram aparentes enquanto retomava algumas recordações, além da autocobrança e ansiedade elevada na vida cotidiana, revelaram ter relação com a hostilidade e busca por aceitação familiar.

O distanciamento de um contato afetivo legítimo e de participação familiar ativa e acolhedora, levou o paciente a se distanciar de um bom vínculo com seus genitores e irmão, que apesar de manterem um contato no cotidiano, não estabeleciam diálogos possíveis. Com o passar do tempo, sua genitora desenvolveu maior abertura para relação, demonstrando interesse até mesmo de conhecer seu namorado, após um ano de relacionamento, porém na condição de ser fora de sua casa, afirmando que seria por “respeito” ao seu genitor.

Após o processo de tentativa de cerceamento de sua identidade e sexualidade, com a entrada na universidade em outra cidade, Tiago teve maior contato com sua vida sexual. Neste ínterim, entre um percurso de descobertas, acabou por ter contato com o vírus do HIV, e, após exames foi diagnosticado, vivendo um processo solitário no tratamento, como mais uma experiência de desamparo. Sua genitora, após uma visita ao mesmo encontrou seus comprimidos do tratamento de HIV e, assistido uma matéria no jornal, então identificou que seu filho estava com HIV, que com o tratamento já havia controlado sua carga viral, estando inclusive indetectável. Ainda assim, ela desesperou-se, o que a impulsionou a um maior contato com o filho. Nesta situação, a ausência de diálogo foi aparente, mas também houve uma transformação em sua forma de contato, mesmo que de modo incipiente.

Em geral, esse isolamento familiar levou Tiago a buscar referências externas, o que, em um todo, proporcionou uma diferenciação da reprodução de comportamentos e objetivos de vida de seus genitores. Enquanto, segundo sua narrativa, seu irmão seguia correspondendo aos desejos e até

mesmo o caminho profissional de seu genitor, Tiago realizou seu curso superior conforme um desejo pessoal, além de ter concluído um mestrado e estar bem-posicionado no mercado de trabalho.

ANÁLISE

O sofrimento acarretado pelo preconceito enfrentado por pacientes LGBTQI+ em suas famílias encontra ressonância muitas vezes em contextos extrafamiliares: em relatos, foi notório o quanto falas violentas e proibições acabam por gerar inibição no contato com demais pessoas, prejuízo na autoestima e interferências no processo de socialização. Contextos sociais hegemônicos e inflexíveis à diversidade sexual em que as pessoas que não correspondem às pressões e expectativas infligidas, são expostas a tentativas de demonização da sexualidade, atribuem processos naturais a “forças sobrenaturais” que em tese deturparam a sexualidade.

São famílias que não conseguem acolher e aceitar a singularidade do outro. Essa falta de hospitalidade à alteridade pode ser vista como uma forma de arrogância, na qual o outro é visto como inferior ou diferente, impossibilitando um ambiente continente. Segundo Bion (1962), um continente é aquele que é capaz de acolher e dar sentido às emoções e experiências do indivíduo. Quando o ambiente não é continente, ele não consegue fornecer o apoio e a compreensão que o indivíduo precisa para processar e integrar as suas emoções e experiências. Isso pode levar a sentimentos de isolamento, frustração e raiva, que podem se manifestar na forma de rebeldia ou distanciamento, dificultando o desenvolvimento das suas identidades.

A militarização dos corpos, das expressões de gênero e sexualidade podem ser percebidas na tentativa de ocultamento das pessoas reconhecidas neste grupo. As tentativas de ocultamento ocorrem tanto em solicitações de que o gênero de preferência a quem é orientada a afetividade sexual não seja exposto aos grupos de convívio, até as formas de expressão no modo de se vestir, comunicar ou movimentar o próprio corpo. Assim sendo, uma metáfora possível a ser apresentada é a da camuflagem utilizada por soldados, na tentativa de esconder-se e preservar a própria vida. A inviabilização da expressão esbarra num questionamento sobre quem

realmente a pessoa é e quem ela precisou ser para sobreviver subjetivamente e objetivamente. A partir disso, podemos pensar que essas famílias não puderam acolher o gesto espontâneo de seus membros. De acordo com Winnicott (1960), o gesto espontâneo é uma expressão do verdadeiro self, que é a parte mais autêntica e genuína de uma pessoa. Quando uma pessoa é obrigada a esconder sua identidade de gênero ou orientação sexual, ela está sendo impedida de expressar seu verdadeiro self, trazendo impactos para sua vida emocional.

Na adolescência, há muitas vezes o início da cisão na relação com os pais, quando então se acentua o distanciamento e a falta de diálogo, outrora já negligenciado na relação. Com a falta de diálogo e ausência de espaço para compreensão da própria subjetividade a biopotência, conceito foucaultiano, pode emergir com a recusa ao primado da verdade absoluta e sentido de mundo já posto como único possível, não obstante a rebeldia, proporcional a necessidade de preservação do Eu.

Dentre os aspectos constituintes do pensamento e leitura do mundo de cada pessoa, a religião desponta como fator relevante e muitas vezes norteador da forma de percepção sobre fenômenos. Não obstante, a cultura hegemônica e lógica normativa tende a pressionar uma padronização de expectativas e formas de viver no âmbito social e familiar e sobre as possibilidades diversas de existência. Acerca da normatividade imposta sobre as vidas, na experiência clínica com atendimento de pacientes LGBTQI+, o denominador comum entre as demandas de sofrimento está o desamparo vivido diante da família, onde ocorrem diversos ataques e investidas contra a subjetividade destes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de ampliar a discussão sobre a diversidade sexual no ambiente clínico é fundamental para iniciar novos questionamentos e desenvolver caminhos metapsicológicos no tratamento de pacientes LGBTQI+. Este artigo evidencia a importância de repensar o papel da família e de outros sistemas normativos, como a religião, na perpetuação de sofrimentos psíquicos que afetam profundamente esses sujeitos.

O trabalho do analista deve focar em criar um espaço de escuta e acolhimento, onde a subjetividade do paciente possa se manifestar sem julgamentos ou pressões externas. Reconhecer as limitações impostas pelas dinâmicas familiares conservadoras é crucial para fortalecer o paciente, oferecendo-lhe condições para uma maior compreensão de sua própria sexualidade e identidade.

Para adolescentes sob a tutela dos pais, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) oferece diretrizes importantes para garantir direitos e proteção, algo que deve ser considerado na atuação clínica. A função especular, conceito importante na psicanálise, também pode auxiliar o adolescente a construir uma imagem de si menos influenciada pelas restrições familiares, promovendo o desenvolvimento de um eu mais autêntico e fortalecido. Em *O brincar e a realidade*, Winnicott discute a importância do olhar da mãe como espelho, dizendo que: “Quando olho, sou visto, logo existo. Posso partir disso e pensar: quando estou não-olhando, ainda existo, mesmo que ninguém me olhe ou me veja. Então eu sou.” (Winnicott, 1975, p. 151)

O processo psicoterapêutico, assim, atua como uma ferramenta essencial para o enfrentamento das adversidades, podendo apresentar como tecnologia de cuidado a função especular, agora para transpor simbolizações de outrora, promovendo saúde mental e possibilitando a construção de um eu mais autêntico e livre das amarras sociais e familiares.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. **Comissão aprova projeto que proíbe o casamento entre pessoas do mesmo sexo**. Câmara dos Deputados. Brasília, 10 out. 2023. Disponível em: <https://is.gd/efos1V>

BION, W.R. **Aprender da experiência**. São Paulo: Editora Edgard Blücher, 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <https://is.gd/Et2M3O>

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Psicologia e diversidade sexual (Caderno Temático, Vol. 11)**. São Paulo: CRP-SP, 2011.

STF equipara ofensas contra pessoas LGBTQIAPN+ a crime de injúria racial. Supremo Tribunal Federal. 22 ago, 2023. Disponível em: <https://is.gd/fj6Amo>

SALLES, S. Por que o casamento homoafetivo voltou a ser assunto no Brasil? **Jornal da Usp**. 20 de out, 2023. Disponível em: <https://is.gd/jBVtRD>

WINNICOTT, D. W. **O gesto espontâneo**. São Paulo: Martins Fontes, 1960/1990.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO LABORAL: UMA ABORDAGEM INTEGRADA PARA GESTÃO DE PESSOAS E GESTÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

Carlos Manoel Lopes Rodrigues¹
Gentil Lopes Ribeiro Filho²
Yasmin Holanda Mateus³

INTRODUÇÃO

O ambiente de trabalho contemporâneo tem passado por transformações significativas devido à globalização, aos avanços tecnológicos e às novas dinâmicas organizacionais. Diante desse cenário, as empresas precisam adotar estratégias eficazes para manter sua competitividade e garantir a sustentabilidade de seus negócios (DUTRA; DUTRA; DUTRA, 2017). Um dos principais desafios das organizações modernas é equilibrar produtividade e bem-estar dos trabalhadores, prevenindo riscos que possam comprometer a saúde mental e a segurança psicológica da equipe (BARUKI, 2015; ZADOW; DOLLARD, 2015; ZANELLI; KANAN, 2017).

As recentes mudanças na Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1), que estabelece diretrizes para a gestão de riscos ocupacionais, tornaram obrigatória a inclusão da identificação, avaliação e controle de riscos psicossociais dentro das empresas (DE LUCCA; MAGALHÃES, 2024). Essa atualização exige que as organizações incorporem a gestão de riscos psicossociais ao Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), considerando impactos na saúde mental dos trabalhadores e implementando ações preventivas e corretivas (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2024). Entre as exigências, destaca-se a necessidade de monitoramento e mapeamento de riscos psicossociais, como estresse ocupacional, burnout e assédio moral, bem como a implementação de medidas organizacionais para preveni-los. Em consonância a Portaria GM/MS nº 1.999/2023 atua-

¹ Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (UnB). Professor (CEUB e UnB). CV: <http://lattes.cnpq.br/5762651257655178>

² Mestrando em Psicologia Clínica e Cultura (UnB). CV: <http://lattes.cnpq.br/7739688793939420>

³ Graduanda em Psicologia (CEUB). CV: <http://lattes.cnpq.br/4999438696696666>

lizou a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT), incluindo fatores psicossociais como elementos essenciais na relação entre trabalho e saúde (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Foram incorporados aspectos como gestão organizacional, jornada de trabalho, condições do ambiente, relações sociais, assédio, discriminação e risco de trauma. Fazendo com que essa atualização amplie o reconhecimento dos impactos psicológicos e emocionais do trabalho.

Diante dessas mudanças, este capítulo tem como objetivo discutir como os subsistemas de gestão de pessoas podem ser estruturados para minimizar riscos psicossociais, fomentando um ambiente de trabalho produtivo e em conformidade com a legislação vigente. São abordadas as estratégias organizacionais para integrar a gestão de riscos psicossociais aos subsistemas de gestão de pessoas, ressaltando a importância da gestão integrada de pessoas e riscos psicossociais para a sustentabilidade do ambiente de trabalho.

GESTÃO DE PESSOAS E RISCOS PSICOSSOCIAIS: UMA VISÃO INTEGRADA

A gestão de pessoas envolve um conjunto de práticas organizacionais voltadas para a administração estratégica do capital humano, alinhando competências e motivações dos trabalhadores às necessidades da organização (BASSETT-JONES, 2023). Para isso, são estruturados subsistemas como recrutamento e seleção, aplicação e estruturação de cargos, desenvolvimento de talentos, gestão do clima organizacional e retenção de profissionais. Esses subsistemas não apenas garantem a produtividade, mas também influenciam diretamente a qualidade do ambiente de trabalho (DUTRA; DUTRA; DUTRA, 2017; NOE et al., 2024).

Os riscos psicossociais, por sua vez, referem-se às consequências deletérias na forma de agravos à saúde física e mental de trabalhadores decorrentes da exposição a condições organizacionais negativa, incluindo sobrecarga de trabalho, pressão excessiva por resultados, conflitos interpessoais, assédio moral e instabilidade no emprego (RODRIGUES; FAIAD; FACAS, 2020; ZANELLI; KANAN, 2017). Esses fatores negativos são denominados fatores de risco psicossociais no trabalho, pois aumentam a chance de ocorrência dos riscos psicossociais (RODRIGUES; FAIAD;

FACAS, 2020). Além de comprometerem o bem-estar dos indivíduos, esses fatores impactam a produtividade, elevando índices de absenteísmo, presentismo e *turnover* (DE LUCCA; MAGALHÃES, 2024; LARI-VIÈRE; KEREKES; VALCHEFF, 2016). O Quadro 1 apresenta os principais fatores de risco psicossociais, bem como os riscos associados e os agravos à saúde que podem resultar dessas exposições.

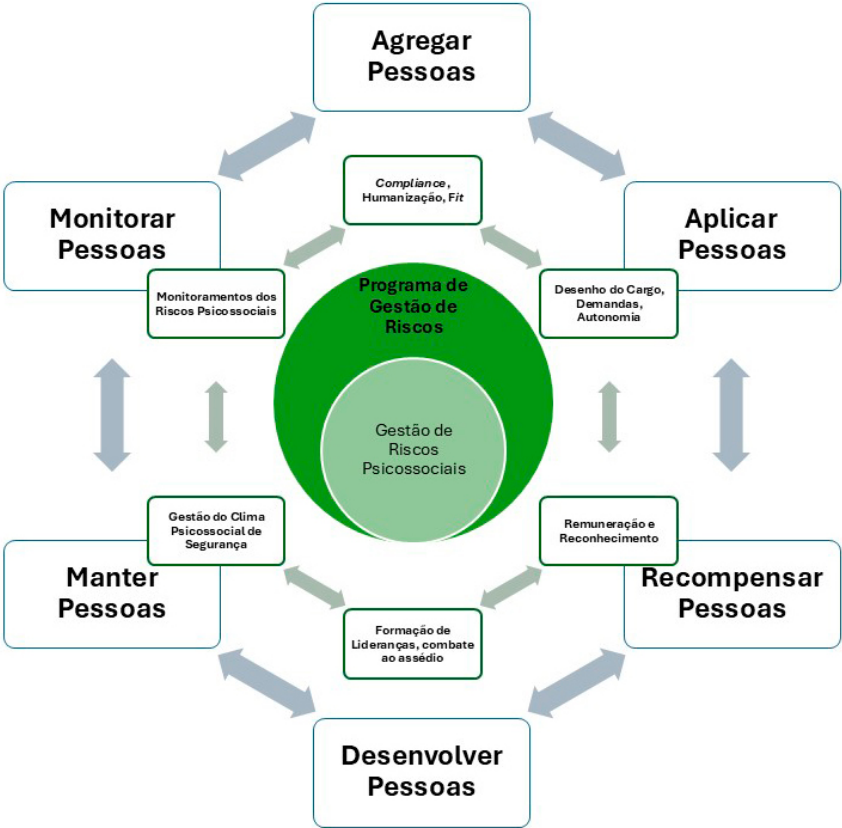
Quadro 1: Fatores de Risco e Riscos Psicossociais mais comuns.

Fatores de Risco	Riscos	Agravos à saúde
Deficiências na Gestão Organizacional e Contexto da Organização do Trabalho Características das Relações Sociais no Trabalho Conteúdo das Tarefas do Trabalho Condições do Ambiente de Trabalho Interação Pessoa-Tarefa Jornada de Trabalho Violência e Assédio Moral/ Sexual no Trabalho Discriminação no Trabalho Risco de Morte e Trauma no Trabalho	Saúde física	Cardiocirculatórios
		Gastrointestinais
		Alterações Musculoesqueléticas
		Dores de cabeça / enxaquecas
		Sintomas respiratórios e dermatológicos
		Acidentes e lesões
		Diabetes
		Úlceras
		Cânceres específicos
		Problemas relacionados a Voz
	Saúde mental	Depressão, ansiedade, problemas emocionais
		Suicídio / comportamentos suicidas
		Transtornos mentais em geral
	Comportamentos disfuncionais	Abuso de substância
		Tabagismo
		Obesidade

Fonte: Adaptado de Kortum et al. (2010), Rodrigues, Faiad e Facas (2020) e Portaria GM/MS Nº 1.999/2023.

A integração entre gestão de pessoas e gestão de riscos psicossociais permite que as organizações atuem preventivamente (Figura 1), identificando e mitigando fatores de risco antes que se tornem problemas estruturais (RODRIGUES; ANDRADE; SOUSA, 2021). Nesse contexto, cada subsistema da gestão de pessoas pode incorporar estratégias para a prevenção e mitigação dos riscos psicossociais, e principalmente, com o cuidado de não culpabilizar os trabalhadores como fracos ou seus problemas como individuais (FERRETTI, 2024).

Figura 1 – Integração da Gestão de Pessoas com a Gestão de Riscos Psicossociais no Trabalho



Fonte: autoria própria

AGREGAR PESSOAS: RECRUTAMENTO E SELEÇÃO COM FOCO NA SAÚDE OCUPACIONAL

O subsistema de recrutamento e seleção desempenha um papel fundamental na construção de ambientes organizacionais saudáveis e no fortalecimento de uma cultura de bem-estar no trabalho (CÂMARA, 2024). A maneira como esse processo é conduzido pode influenciar tanto a adaptação dos novos colaboradores quanto a dinâmica do grupo de trabalho e a qualidade do clima organizacional. Integrar a gestão de riscos psicossociais ao recrutamento significa adotar práticas que promovam transparência, equilíbrio e um ambiente de trabalho estruturado para atender às necessidades da equipe e da organização (WEAVER; TREVIÑO, 2001).

Para integrar a gestão de riscos psicossociais ao recrutamento e seleção, algumas estratégias podem ser adotadas. A primeira delas envolve a construção de descrições de cargo detalhadas e transparentes, que não apenas informem sobre as responsabilidades da função, mas também descrevam as condições de trabalho, as expectativas organizacionais e os recursos disponíveis para apoiar os trabalhadores no desempenho de suas atividades (GUERCI et al., 2015; WEAVER; TREVIÑO, 2001). Esse tipo de comunicação permite que os candidatos tomem decisões mais informadas sobre sua adesão à vaga e compreendam o ambiente organizacional no qual estarão inseridos.

Outra estratégia é a estruturação de entrevistas que considerem aspectos relacionados ao ambiente e à cultura organizacional, permitindo que o recrutamento avalie não apenas as competências técnicas, mas também a compatibilidade entre os valores institucionais e as experiências profissionais anteriores do candidato. Isso favorece um alinhamento mais claro entre as expectativas organizacionais e os profissionais contratados, reduzindo possíveis dificuldades futuras relacionadas à cultura organizacional e às condições oferecidas pela empresa (DE CARLI; FRIZON, 2020).

APLICAR PESSOAS: DESIGN DE CARGOS E A PREVENÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

A forma como o trabalho é estruturado dentro das organizações influencia diretamente o bem-estar dos trabalhadores e a qualidade do

ambiente profissional (BREAUGH, 2017). O design de cargos, quando bem planejado, pode contribuir significativamente para a prevenção de riscos psicossociais, reduzindo fatores que levam ao estresse ocupacional, à insatisfação e ao desgaste emocional (JESUS; BASTOS; AGUIAR, 2019). Da mesma forma, quando os papéis são bem definidos e as condições de trabalho favorecem a organização das atividades, há uma redução significativa nos fatores que geram desgaste mental e emocional (ZANELLI; KANAN, 2017). A clareza na definição das responsabilidades, a autonomia no desempenho das funções e o equilíbrio entre carga de trabalho e reconhecimento são aspectos essenciais para a criação de um ambiente saudável e produtivo.

A estruturação do trabalho pode minimizar fatores de estresse ocupacional ao estabelecer um equilíbrio entre as exigências da função e os recursos disponíveis para o seu desempenho (DE CARLI; FRIZON, 2020). Quando as demandas são excessivas ou mal distribuídas, os trabalhadores podem enfrentar sobrecarga, insegurança quanto às suas atribuições e dificuldades para manter um ritmo sustentável de trabalho (RODRIGUES; FAIAD; FACAS, 2020; RODRIGUES; SILVA; CRUZ, 2024).

A autonomia na execução das tarefas é um dos elementos que podem contribuir para um ambiente organizacional mais equilibrado. Possibilitar que os trabalhadores tenham certo grau de controle sobre seu trabalho, participando da tomada de decisões e ajustando sua rotina dentro das diretrizes organizacionais, favorece a motivação e reduz sentimentos de frustração e impotência (KARASEK, 1979; SIEGRIST, 2016; THEORELL, 2020). No entanto, essa autonomia deve estar acompanhada de suporte adequado da organização, garantindo que a responsabilidade não se torne uma fonte adicional de pressão (THEORELL, 2020).

Para evitar esses problemas, é fundamental que as organizações garantam que cada colaborador compreenda suas atribuições, as metas a serem alcançadas e os critérios de avaliação de desempenho. Isso pode ser feito por meio de descrições de cargo bem estruturadas, comunicação interna eficiente e processos de *feedback* contínuo.

O equilíbrio entre carga de trabalho e recompensa é outro aspecto relevante para a saúde ocupacional. Quando há um descompasso entre as exigências da função e o reconhecimento pelo esforço empregado, seja

na forma de remuneração, benefícios ou oportunidades de crescimento, os trabalhadores podem experimentar sentimentos de desmotivação e exaustão (EDDY et al., 2016; SIEGRIST, 2016). O reconhecimento organizacional deve ser coerente com as responsabilidades atribuídas e os esforços realizados, promovendo um ambiente onde o trabalho seja valorizado de maneira justa e transparente.

RECOMPENSAR PESSOAS: POLÍTICAS SALARIAIS E BENEFÍCIOS COMO MITIGADORES DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

A forma como as organizações estruturam suas políticas salariais e de benefícios tem um impacto significativo na qualidade do ambiente de trabalho e na prevenção de riscos psicossociais. A ausência de reconhecimento adequado pelo trabalho realizado pode gerar insatisfação, desmotivação e aumento do estresse ocupacional, enquanto políticas bem planejadas contribuem para um clima organizacional mais equilibrado e saudável (BARBI, 2024). A remuneração justa e a oferta de benefícios voltados ao bem-estar dos trabalhadores são estratégias eficazes para reduzir fatores que geram sobrecarga emocional, insegurança e desgaste profissional (HORN; MACLEAN; STRAIN, 2017; SPINELLI, 2022).

O desenvolvimento de pacotes de remuneração e benefícios que promovam a saúde mental deve considerar não apenas a competitividade do mercado, mas também as necessidades dos trabalhadores em relação ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional. A oferta de salários justos, compatíveis com as responsabilidades do cargo e o desempenho dos trabalhadores, é um dos pilares para manter a motivação e a satisfação (SPINELLI, 2022). No entanto, a remuneração financeira isolada não é suficiente para garantir um ambiente organizacional saudável. O reconhecimento também pode ser reforçado por meio de incentivos institucionais, oportunidades de crescimento na carreira e valorização do trabalho bem executado.

Além do salário, os benefícios corporativos desempenham um papel essencial na promoção da saúde mental e na mitigação de riscos psicossociais. Um dos exemplos mais eficazes é a implementação de programas de saúde mental, que podem incluir acesso a atendimento especializado ou

ações de prevenção ao estresse e ao burnout. Essas iniciativas demonstram o compromisso da empresa com o bem-estar dos trabalhadores e criam um ambiente onde o suporte emocional é uma prioridade (CASEY et al., 2017; ZADOW; DOLLARD, 2015).

A flexibilidade no trabalho é outra medida que tem se mostrado relevante para reduzir a sobrecarga e promover um melhor equilíbrio entre demandas profissionais e vida pessoal. Modelos como o trabalho híbrido, horários flexíveis e jornadas reduzidas em determinados períodos permitem que os trabalhadores organizem melhor sua rotina, reduzindo o impacto do estresse associado ao excesso de demandas e às dificuldades de conciliar vida profissional e pessoal (EDDY et al., 2016; MISHIMA-SANTOS; RENIER; STICCA, 2020).

DESENVOLVER PESSOAS: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTOS VOLTADOS À RESILIÊNCIA E À SAÚDE NO TRABALHO

O desenvolvimento de pessoas dentro das organizações deve ir além da qualificação técnica, incorporando estratégias que promovam um ambiente de trabalho seguro e respeitoso. Capacitações e treinamentos são ferramentas essenciais para fortalecer a cultura organizacional, melhorar a qualidade das lideranças e criar um clima de segurança psicossocial (PRADO, 2015; TAYLOR et al., 2019). Empresas que investem na formação de suas equipes com foco na prevenção de riscos psicossociais e no combate ao assédio contribuem para um ambiente mais saudável, produtivo e alinhado às normativas que regulamentam a segurança e o bem-estar dos trabalhadores.

A capacitação de líderes e colaboradores para lidar com estresse ocupacional, conflitos organizacionais e assédio é uma ação estratégica para fortalecer o clima organizacional e minimizar fatores de risco (BIAN et al., 2019; MULLEN; THIBAUT; KELLOWAY, 2024). Líderes bem-preparados têm um papel central na construção de um ambiente de trabalho respeitoso, pois influenciam diretamente a cultura da equipe, a comunicação interpessoal e a mediação de conflitos. Treinamentos voltados para o desenvolvimento de lideranças eficazes devem abordar práticas de comunicação assertiva, gestão de equipes baseada no respeito e na trans-

parência, além da importância da escuta ativa e do suporte adequado aos trabalhadores. Quando as lideranças são capacitadas para identificar sinais de assédio e agir preventivamente, o ambiente organizacional se torna mais seguro e menos suscetível a práticas abusivas.

Outro aspecto essencial do desenvolvimento de pessoas é a criação de um clima de segurança psicossocial, no qual os trabalhadores se sintam protegidos para expressar preocupações, relatar situações de desconforto e buscar apoio sem medo de retaliação (TAYLOR et al., 2019; ZADOW; DOLLARD, 2015). Treinamentos voltados à segurança psicossocial devem incluir discussões sobre saúde mental no trabalho, formas de gerenciamento de demandas profissionais sem sobrecarga, além de estratégias para incentivar a cooperação e o respeito dentro das equipes.

Empresas que incorporam essas práticas no seu plano de desenvolvimento organizacional promovem um ambiente de trabalho mais equilibrado, reduzem os índices de absenteísmo e turnover e fortalecem o compromisso dos trabalhadores com a organização (TAYLOR et al., 2019). Mais do que cumprir exigências regulatórias, a capacitação contínua para a construção de um ambiente seguro e respeitoso demonstra o compromisso da empresa com o bem-estar e a dignidade de seus trabalhadores.

MANTER PESSOAS: CLIMA ORGANIZACIONAL E ESTRATÉGIAS DE RETENÇÃO CONSIDERANDO RISCOS PSICOSSOCIAIS

A retenção de talentos vai além da oferta de bons salários e benefícios. Um dos fatores mais determinantes para a permanência dos trabalhadores em uma organização é a qualidade do clima organizacional, que deve ser estruturado de forma a garantir um ambiente de trabalho psicologicamente seguro e livre de riscos psicossociais (EHRHART; KUENZI, 2017). Um ambiente no qual os trabalhadores se sintam valorizados, respeitados e protegidos de situações de abuso ou sobrecarga contribui para o engajamento, a produtividade e o compromisso organizacional (BREAUGH, 2017).

A construção de um ambiente de trabalho psicologicamente seguro envolve a criação de uma cultura organizacional que incentive a comunicação aberta, a escuta ativa e a transparência nas relações profissionais. Esse

tipo de ambiente é fundamental para minimizar fatores de risco, como estresse excessivo, conflitos interpessoais mal gerenciados e sentimento de desvalorização (TAYLOR et al., 2019).

Além das medidas preventivas, estratégias de retenção de talentos devem incluir programas contínuos de suporte à saúde mental, ações de valorização profissional e oportunidades de crescimento na carreira. Organizações que investem na construção de um ambiente seguro e respeitoso não apenas reduzem a rotatividade, mas também promovem um ambiente mais produtivo, colaborativo e inovador (CONCHIE; WOODCOCK; TAYLOR, 2015; EHRHART; KUENZI, 2017). Dessa forma, a manutenção de pessoas dentro da organização deve estar diretamente associada à criação de condições de trabalho que respeitem e protejam a dignidade e a saúde dos trabalhadores.

MONITORAR PESSOAS: AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

A avaliação de desempenho representa um papel fundamental não apenas na gestão da produtividade, mas também uma oportunidade de identificação de riscos psicossociais no trabalho (RODRIGUES; ANDRADE; SOUSA, 2021). Um processo de monitoramento bem estruturado permite que a organização acompanhe não apenas os resultados individuais e coletivos, mas também os fatores que podem impactar o bem-estar da equipe, prevenindo situações de sobrecarga, desmotivação e adoecimento ocupacional.

O uso de indicadores de riscos psicossociais na avaliação de desempenho possibilita uma visão mais abrangente sobre as condições de trabalho e seus impactos na saúde mental dos trabalhadores. Além dos indicadores tradicionais de produtividade, qualidade e cumprimento de metas, é essencial que a organização avalie fatores como satisfação no trabalho, percepção de apoio da liderança, equilíbrio entre demandas e recursos e incidência de afastamentos por motivos de saúde mental. Questionários específicos, escalas de estresse ocupacional e entrevistas de acompanhamento podem ser ferramentas úteis para monitorar esses aspectos (SCHNEIDER; BARBERA; ZOHAR, 2014).

Além disso, a recente mudança na NR-1 reforça que a gestão de riscos psicossociais no trabalho não deve se limitar à avaliação, mas também incluir intervenções efetivas e a avaliação dos resultados dessas ações. Ao integrar a gestão de riscos psicossociais ao monitoramento de pessoas, a organização fortalece a cultura de cuidado e segurança, garantindo que o desempenho seja avaliado de maneira justa e equilibrada, sem comprometer a saúde dos trabalhadores, além de cumprir a obrigação de verificação dos efeitos das ações de saúde ocupacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração entre gestão de pessoas e gestão de riscos psicossociais é uma abordagem essencial para a construção de ambientes organizacionais saudáveis, sustentáveis e produtivos. Ao adotar estratégias que priorizam a transparência na seleção, a clareza na definição de cargos, a oferta de benefícios voltados ao bem-estar, a capacitação de lideranças para o combate ao assédio e o acompanhamento contínuo do clima organizacional, as empresas fortalecem sua capacidade de minimizar riscos psicossociais e promover um ambiente mais equilibrado (EHRHART; KUENZI, 2017).

A implementação dessa abordagem, no entanto, apresenta desafios que exigem um compromisso organizacional de longo prazo. Entre os principais desafios estão a necessidade de mudança na cultura organizacional, a capacitação contínua dos gestores para identificar e intervir diante de riscos psicossociais, a criação de mecanismos eficientes para o combate ao assédio e a adaptação dos processos de avaliação de desempenho para incorporar indicadores de saúde ocupacional. Ao mesmo tempo, os benefícios dessa integração são amplos e incluem a redução de turnover, o aumento da satisfação e do engajamento dos trabalhadores, a prevenção de afastamentos por doenças ocupacionais e a melhoria da reputação organizacional.

Dessa forma, a gestão integrada de pessoas e riscos psicossociais não se limita a atender exigências regulatórias, mas representa um modelo de governança organizacional mais responsável, sustentável e comprometido com a valorização e a proteção dos trabalhadores. Ao investir nessa abordagem, as organizações não apenas criam um ambiente mais produtivo, mas também promovem relações de trabalho mais justas, seguras e alinhadas às novas exigências do mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

- BARBI, K. B. S. **Fatores de proteção para a saúde mental do trabalhador**: efeitos de um trabalho decente e com significado. Tese de Doutorado—Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2024.
- BARUKI, L. V. **Riscos psicossociais e saúde mental do trabalhador**: por um regime jurídico preventivo. São Paulo: LTr, 2015.
- BASSETT-JONES, N. **Strategic human resources management**: a systems approach. New York: Routledge, 2023.
- BIAN, X. et al. Transactional leadership and employee safety behavior: Impact of safety climate and psychological empowerment. **Social Behavior and Personality: an international journal**, v. 47, n. 6, p. 1–9, 2019.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.999. Portaria GM/MS nº 1.999, de 27 de novembro de 2023. Atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). . 29 nov. 2023, Sec. 1.
- BREAUGH, J. A. The Contribution of Job Analysis to Recruitment. Em: GOLDSTEIN, H. W. et al. (Eds.). **The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Recruitment, Selection and Employee Retention**. 1. ed. New York: Wiley, 2017. p. 12–28.
- CÂMARA, H. T. DE O. **Recrutamento e seleção**: decisões estratégicas de contratação. São Paulo: Editora Senac, 2024.
- CASEY, T. et al. Safety climate and culture: Integrating psychological and systems perspectives. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 22, n. 3, p. 341–353, jul. 2017.
- CONCHIE, S. M.; WOODCOCK, H. E.; TAYLOR, P. J. Trust-Based Approaches to Safety and Productivity. Em: **The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Occupational Safety and Workplace Health**. London: John Wiley & Sons, Ltd, 2015. p. 111–132.
- DE CARLI, D. D.; FRIZON, J. A. Efeito mediador do person-organization fit na relação entre práticas de gestão das relações interpessoais e índices de turnover. **Revista Gestão Organizacional**, v. 13, n. 2, p. 162–187, 5 jun. 2020.
- DE LUCCA, S. R.; MAGALHÃES, A. F. A. The relevance of psychosocial risk factors at work in the NR-1 Risk Management Program. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 22, n. 04, p. 01–03, 2024.
- DUTRA, J. S.; DUTRA, T. A.; DUTRA, G. A. **Gestão de pessoas**: realidade atual e desafios futuros. São Paulo: Editora Atlas, 2017.
- EDDY, P. et al. A systematic review and meta-analysis of the effort-reward imbalance model of workplace stress with indicators of immune function. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 91, p. 1–8, dez. 2016.

EHRHART, M. G.; KUENZI, M. The Impact of Organizational Climate and Culture on Employee Turnover. Em: GOLDSTEIN, H. W. et al. (Eds.). **The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Recruitment, Selection and Employee Retention**. 1. ed. New York: Wiley, 2017. p. 494–512.

FERRETTI, M. G. A pauta da saúde mental nas empresas: ocasião para a problematização das medidas individualizadas e individualizantes. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 49, p. edmsubj6, 2024.

GUERCI, M. et al. The Impact of Human Resource Management Practices and Corporate Sustainability on Organizational Ethical Climates: An Employee Perspective. **Journal of Business Ethics**, v. 126, n. 2, p. 325–342, jan. 2015.

HORN, B. P.; MACLEAN, J. C.; STRAIN, M. R. Do minimum wage increases influence worker health? **Economic Inquiry**, v. 55, n. 4, p. 1986–2007, out. 2017.

JESUS, N. C. C. D.; BASTOS, A. V. B.; AGUIAR, C. V. N. Desenho do trabalho: caracterização do fenômeno e análise de suas relações. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 19, n. 4, p. 734–743, 2019.

KARASEK, R. A. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285, jun. 1979.

LARIVIÈRE, M. A. S.; KERÉKES, Z.; VALCHEFF, D. Psychosocial Hazards and Risks. Em: GUIDOTTI, T. L. (Ed.). **Health Risks and Fair Compensation in the Fire Service**. Cham: Springer International Publishing, 2016. p. 227–263.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Portaria MTE nº 1.419, de 27 de agosto de 2024. Norma Regulamentadora nº 1 – Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Portaria MTE nº 1.419, de 27 de agosto de 2024. . 27 ago. 2024, Sec. 1.

MISHIMA-SANTOS, V.; RENIER, F.; STICCA, M. TELEWORKING AND WORKER'S HEALTH AND WELL-BEING: SYSTEMATIC REVIEW. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 21, n. 03, p. 865–877, dez. 2020.

MULLEN, J.; THIBAUT, T.; KELLOWAY, E. K. Occupational health and safety leadership. Em: TETRICK, L. E. et al. (Eds.). **Handbook of occupational health psychology (3rd ed.)**. Washington: American Psychological Association, 2024. p. 501–516.

NOE, R. A. et al. **Fundamentals of human resource management**. 2024 release ed. New York, NY: McGraw-Hill, 2024.

PRADO, J. F. U. **Clima y ambiente organizacional: trabajo, salud y factores psicosociales**. Mexico: UNAM/Manual Moderno, 2015.

RODRIGUES, C. M. L.; ANDRADE, P. P.; SOUSA, K. D. M. A inserção da Psicologia no campo da Saúde e Segurança do Trabalho: oportunidades e desafios. Em: MARÇULO, A. D. O. R.; HENKLAIN, M. H. O.; SILVA, F. G. D. (Eds.). **Temas Emergentes em Psicologia Organizacional e do Trabalho**. 1. ed. Lisboa: Editora Enterprising, 2021.

RODRIGUES, C. M. L.; FAIAD, C.; FACAS, E. P. Fatores de Risco e Riscos Psicossociais no Trabalho: Definição e Implicações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 36, n. spe, p. e36nspe19, 2020.

RODRIGUES, C. M. L.; SILVA, K. E. C.; CRUZ, L. A. G. Psychosocial risks and occupational health: Fatigue and sleep disturbances among aviation professionals. **Applied Psychology Research**, v. 3, n. 2, p. 1670, 4 dez. 2024.

SCHNEIDER, B.; BARBERA, K. M.; ZOHAR, D. Safety Climate: Conceptualization, measurement, and improvement. Em: SCHNEIDER, B.; BARBERA, K. M. (Eds.). **The Oxford Handbook of Organizational Climate and Culture**. Oxford: Oxford University Press, 2014. p. 317–334.

SIEGRIST, J. Effort-Reward Imbalance Model. Em: FINK, G. (Ed.). **Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior - Handbook of Stress Series**. London: Elsevier, 2016. v. 1p. 81–86.

SPINELLI, M. Salário digno e saúde mental: por que se engajar? **GV-EXECUTIVO**, v. 21, n. 3, 25 ago. 2022.

TAYLOR, C. et al. Psychosocial Safety Climate as a Factor in Organisational Resilience: Implications for Worker Psychological Health, Resilience, and Engagement. Em: DOLLARD, M. F.; DORMANN, C.; AWANG IDRIS, M. (Eds.). **Psychosocial Safety Climate**. Cham: Springer International Publishing, 2019. p. 199–228.

THEORELL, T. The Demand Control Support Towards Work Stress. Em: THEORELL, T. (Ed.). **Handbook of Socioeconomic Determinants of Occupational Health**. Cham: Springer International Publishing, 2020. p. 1–15.

WEAVER, G. R.; TREVIÑO, L. K. The role of human resources in ethics/compliance management: a fairness perspective. **Human Resource Management Review**, v. 11, n. 1–2, p. 113–134, mar. 2001.

ZADOW, A.; DOLLARD, M. F. Psychosocial Safety Climate. Em: **The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Occupational Safety and Workplace Health**. New York: John Wiley & Sons, Ltd, 2015. p. 414–436.

ZANELLI, J. C.; KANAN, L. A. **Fatores de risco, proteção psicossocial e trabalho: organizações que emancipam ou que matam**. Lages: Eduniplac, 2017.

OS BENEFÍCIOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA GRUPOTERAPIA

Milena Borges de Oliveira Silva¹
Letícia Oliveira Silva²

INTRODUÇÃO

Uma abordagem estruturada e orientada ao presente, a terapia cognitivo-comportamental foi fundada por Aaron Beck, nas décadas de 1960 e 1970, em que inicialmente denominada “terapia cognitiva”, hodiernamente, leva como sigla “TCC”. Seu propósito inicial era tratar pacientes depressivos e a característica de sua psicoterapia está centrada em um tratamento voltado para a formulação cognitiva (BECK, 2022).

O modelo cognitivo da TCC sugere que pensamentos disfuncionais são característicos em pacientes com transtornos psicológicos, e que esses pensamentos têm um impacto significativo no comportamento e humor dos mesmos (WRIGHT et al., 2019).

De acordo com Cordioli e Knapp (2008), essa abordagem demonstra, por meio de suas técnicas, ser de grande valia em tratamentos com pacientes depressivos ou com transtorno do pânico, fobia social, transtorno do estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo, além de sua eficácia na prevenção de episódios mais graves no futuro (BECK, 2022).

Em relação às modalidades de tratamentos, cabe ressaltar a psicoterapia de grupo que, de acordo com Bechelli e Santos (2004), de forma significativa, teve sua grande repercussão na América do Norte, mais precisamente nos EUA, sendo adotada pelos precursores Pratt e Moreno em seus experimentos, tendo como base as dinâmicas de grupo e uma estrutura única e particular desse meio de tratamento, como número de participantes, suas regras de condução, homogeneidade ou heterogeneidade, frequência e admissão ou não de novos participantes. Além de seus desdobramentos ao longo do tempo, como grupos de auto-ajuda

¹ Graduanda em Psicologia (UNIGRAN). CV: <http://lattes.cnpq.br/2142955142354124>

² Mestre em Psicologia (UCDB). Professora (UNIGRAN). Psicóloga Clínica.
CV: <https://lattes.cnpq.br/3444849396327718>

ou psicoeducativos, a grupoterapia acompanhou o desenvolvimento de técnicas interventivas para públicos específicos em relação aos transtornos mentais, propiciando para os integrantes o fator primordial do tratamento, a identificação, fortalecendo então o vínculo social e desenvolvendo o objetivo em comum entre os participantes.

Dessa maneira, poucos anos depois do surgimento da TCC, abordagem e modalidade grupal se juntam, e o que antes era voltado inicialmente com propostas de aplicação individual, se difunde para tratamentos feitos em grupos, nomeada como, Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo (TCCG), sendo descrita por Beck et al. (1979) em sua primeira utilização com pacientes depressivos no texto “Terapia Cognitiva da Depressão”. Segundo Morrison (2001), nas primeiras aplicações grupais da TCC foram utilizadas as mesmas técnicas prescritas inicialmente pela abordagem como, por exemplo, a identificação de crenças disfuncionais de pensamentos.

Ademais, percebe-se que o propósito inicial da TCCG era tratar mais pacientes ao mesmo tempo, todavia, seus benefícios transpassam essa questão e comprovam a eficiência em diversos transtornos (Morrison, 2001) e, com o passar dos anos, evidências demonstram resultados benéficos em relação a amenização de sintomas de pacientes deprimidos, sendo até mesmo superior ao tratamento farmacológico e psicoterápico de outras abordagens quando se refere a esse diagnóstico (NEUFELD; RANGÉ, 2017).

Com isso, percebe-se que o conjunto das técnicas da TCC com uma estrutura de tratamento em grupo demonstra a maior aplicabilidade em certos tratamentos, e que segundo Bieling et al. (2008), pela relação de baixo custo e sua efetividade, mais transtornos ao longo do tempo serão tratados pela TCCG, fazendo necessário ainda mais o aprimoramento dos métodos grupais, assim como já está sendo produzido literaturas acerca de sua eficácia em relação a transtornos alimentares, pânico e depressão.

Em vista disso, este trabalho tem como objetivo identificar os benefícios das técnicas da terapia cognitivo-comportamental para pacientes de grupoterapia, demonstrando a relevância para os tratamentos feitos em grupos.

DESENVOLVIMENTO

Desde o seu surgimento, em 1907 com Pratt, considerado o pai da terapia de grupo, até os dias atuais, essa modalidade sofreu inúmeros processos de desenvolvimento e aprimoramento em diversos contextos. No que se refere aos tratamentos clínicos, percebe seu avanço não só na área psiquiátrica com pacientes internados, mas como um modelo de psicoterapia de grupo nos mais diversos pacientes e contextos. Essa modalidade tem sua base na psicodinâmica e sua primeira intervenção foi com Pratt, onde iniciou atendimento com pacientes com tuberculose. Seu objetivo era psicoeducativo, em que ensinava os indivíduos a ter um melhor cuidado e manejo com a doença (SANTOS, 2005).

Cabe também ressaltar a presença de autores como Lazell, que trabalhou a grupoterapia com pacientes esquizofrênicos, em que temas como amor próprio, medo da morte e homossexualidade eram pauta para discussão, usando a reeducação e a socialização que o grupo oferece para o melhor desenvolvimento desses pacientes. Inicialmente, suas intervenções eram com base na prática psicanalítica, focando nas fantasias e delírios dos indivíduos. Marsh, Moreno e Kurt Lewin fizeram parte da contribuição para essa temática, o último concentrou-se em estudos mais sistemáticos para analisar a relação entre os seres humanos e o papel desempenhado por cada integrante dentro de um contexto grupal (NEUFELD; RANGÉ, 2017).

De acordo com Osório (2007), Lewin tem uma grande participação quando referido a contribuição da dinâmica de grupo, temática imprescindível quando o assunto são as terapias grupais, pois por meio dessa nomenclatura dada por Lewin, pode-se observar os principais fenômenos e impactos inerentes a essa relação.

Por fim, Santos (2005) afirma que sua aceitabilidade se intensificou a partir da evolução das novas tecnologias de cuidado da saúde mental, a qual exigiu a diversificação de outras modalidades de terapia, surgindo e permanecendo como resposta ao contexto social, tecnológico e econômico.

Já a TCCG tem marcas no início da própria abordagem Cognitivo-Comportamental, mais precisamente na década de 1970, e conforme o avanço e comprovações da efetividade da TCC surgem precursores

para testá-las no formato grupal. A mesma é vista em um dos primeiros estudos na produção de Beck et al. (1979), em que pacientes depressivos são tratados nessa modalidade. A princípio, os objetivos iniciais são os mesmo que norteiam atualmente, como poupar recursos financeiros e otimizar o tratamento de mais pacientes ao mesmo tempo, entretanto, sua eficiência foi pauta de questionamentos desde quando houveram considerações sobre seu modelo de tratamento. Por meio disso, pesquisas que respondem a essa demanda começam a ser feitas e pesquisadores apontam a eficácia de até 50% maior quando comparada ao tratamento individual (MORRISON, 2001).

Ademais, o processo terapêutico da TCCG se torna cada vez menos genérico e pensado mais de forma integrativa, observando as necessidades grupais vigentes, e exigindo do terapeuta para além da incorporação de técnicas, mas o acompanhamento dos fatores processuais, o encorajamento e engajamento dos participantes, e a capacidade de uma escuta ativa e propícia para receber feedbacks (NEUFELD; RANGÉ, 2017).

Além disso, essa modalidade foi sendo desenvolvida principalmente na amenização do que se chama de sintomatologia inicial, que se refere aos sintomas e expressões clínicas de uma doença ou condição (DALGA-LARRONDO, 2019). Sua utilização se expande para campos de hospitais, clínicas e centros de tratamento e reabilitação. Nesse formato, a TCC de grupos prioriza grupos homogêneos, sendo no sintoma ou objetivo, e formas de condução com técnicas específicas para o grupo, diferentemente de outras abordagens no formato grupal (NEUFELD; RANGÉ, 2017).

Em suma, alguns transtornos se beneficiam através dessa modalidade de tratamento, que ao longo dos anos foi sendo escolhida mais precisamente para transtornos de fobia social, TAG e pânico, pois é relatado a oportunidade de pacientes perceberem seus erros cognitivos em um contexto alheio, e possuírem a prática de tarefas e estratégias da própria abordagem sendo vivenciada nas sessões vigentes (BIELING et al., 2008).

Em relação aos fatores terapêuticos e estratégias, observa-se que muitos indivíduos que procuram ajuda terapêutica possuem uma falsa sensação de que seus problemas são particulares e não vivenciados por outrem, e quando se deparam com a homogeneidade em relação ao seu principal impasse, a capacidade de enfrentamento, a colaboração na fala e adesão ao tratamento é ainda maior (Neufeld; Rangé, 2017).

Segundo Knapp e Beck (2008), as estratégias utilizadas na TCC podem e são utilizadas na terapia de grupo e fundamentadas em teorias que fornecem planos de orientação para o terapeuta e tratamento para o paciente. O terapeuta trabalha com foco de que os pensamentos influenciam tanto no comportamento quanto nas emoções dos pacientes e, por meio das técnicas, pode-se auxiliar na avaliação de pensamentos disfuncionais, aqueles os quais são motivo de queixa ou são prejudiciais ao indivíduo. Suas técnicas tem o objetivo de colaborar, psicoeducar e são amplamente potencializadas quando em grupo, como as tarefas e avaliação de emoções/sentimentos; essas são revistas em sessão e permitem o encorajamento, identificação e altruísmo dos participantes.

Em vista disso, Yalom e Leszcz (2006) pontuam dez fatores terapêuticos que irão auxiliar no processo de desenvolvimento a partir dessa perspectiva de uma modalidade de grupo, entre eles, destacam-se a coesão grupal e a universalidade que promove identificação ao sofrimento vivenciado.

A presente pesquisa consta com a metodologia de revisão sistemática que, segundo Sampaio e Mancini (2007), é uma forma de pesquisa e investigação que proporciona evidências de dados da literatura que são coletadas por meio de estratégias específicas, com métodos e aplicações sistematizados de busca, crítica sobre a seleção e uma síntese de informações criteriosamente selecionadas.

A base de dados utilizada foi a Biblioteca Virtual em Saúde-Brasil, BVS Brasil, a qual dispõe de publicações bibliográficas produzidas pelo Ministério da Saúde, sendo utilizados artigos no formato online com relação à temática e objetivos da pesquisa. A mesma foi realizada no período de agosto a novembro de 2024, e foram utilizados como critério de inclusão: artigos publicados em português, com recorte temporal de 2012 a 2024. Como critérios de exclusão: artigos de revisão de literatura, em inglês, pagos e que não tem relação com a temática abordada, sendo feita uma seleção com base nos documentos que contribuam com objetivo estabelecidos pela pesquisa. Foi utilizado como descritores as palavras chaves: “Terapia Cognitivo-comportamental de grupos” e “Terapia Cognitivo-Comportamental em grupos”.

Com base nos critérios mencionados acima, foram realizadas buscas pelos artigos pertinentes a esta revisão na base de dados selecionada. Ademais, os artigos foram analisados. Assim, na busca pelos descritores “terapia cognitivo-comportamental e grupos”, foram encontrados 15 artigos, dos quais 4 artigos foram selecionados a partir da filtragem pré-estabelecida, os quais foram escolhidos 2 artigos que abordam a TCCG em relação sintomas de ansiedade, 1 artigo sobre a terapia cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento e o último relacionado à grupos de idosos depressivos em atendimento psicoterápico pela TCC.

Com isso, a tabela dos artigos selecionados se configura da seguinte forma:

Quadro 1- Artigos selecionados para análise

Nº	Título	Autor e ano	Tipo de estudo	Amostra	Quadro clínico	Objetivo
1	A terapia cognitivo-comportamental em grupo no Transtorno de Ansiedade Social	DITZ, C., et al. 2015	Pesquisa Experimental	9 integrantes. 4 homens e 5 mulheres	Transtorno de Ansiedade Social	Descrever o desenvolvimento de uma intervenção em grupo, baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental, para pessoas com sintomas de TAS.
2	Intervenções em grupo na perspectiva cognitivo-comportamental: experiências no contexto clínica-escola	SANTANA, S., et al. 2014	Relato de Pesquisa	2 grupos de acordo com a especificidade do diagnóstico. 14 integrantes total	Transtorno de Ansiedade Social Específica ou Generalizada	Descrever a experiência de dois grupos terapêuticos com pacientes com ansiedade social desenvolvida em Natal (RN).
3	Terapia cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento: o relato de uma experiência	NEUFELD, C., et al. 2012	Relato de Experiência	10 grupos com 5 participantes cada	Obesidade e Transtornos Alimentares	Relatar a experiência resultante da intervenção em TCC em grupos (TCCG) com integrantes que viviam o emagrecimento.
4	Atendimento psicoterapêutico cognitivo-comportamental em grupo para idosos depressivos: um relato de experiência	FERREIRA, H., et al. 2012	Relato de Experiência	4 integrantes. 3 mulheres e 1 homem	Transtorno Depressivo	Relatar uma experiência de psicoterapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos depressivos.

FONTE: Elaborado pelas autoras

Por meio da análise dos resultados obtidos acima, é observado por Dittz et al. (2015), os desdobramentos de uma intervenção grupal baseada na terapia cognitivo-comportamental com pacientes diagnosticados com Transtorno de Ansiedade Social, onde foram analisados 16 encontros semanais, em que as técnicas da abordagem cognitivo-comportamental foram aplicadas contribuindo para a diminuição da sintomatologia dos pacientes, aqueles mais emergentes e temidos pelo grupo. Com esse objetivo, as intervenções se baseiam nas técnicas para tratamentos de pacientes diagnosticados com TAS, sendo elas a exposição, reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento e treino de habilidades sociais.

Tais intervenções, quando aplicadas de forma grupal, são apresentadas por Dittz et al. (2015) como propícias para a efetivação do tratamento, pois quando executada a técnica da exposição, por exemplo, a mesma é descrita como um corroboradora para tratamentos em TAS, tendo em vista que o setting terapêutico seria a própria replicação e treinamento da vida real para o paciente, todavia, em ambiente controlado, propiciado maior segurança para o indivíduo. Por meio de um rapport inicialmente programado, é assegurado um campo de acolhimento, identificação e abertura a fala nos primeiros encontros, sendo usado a dinâmica de grupo para se chegar a esses resultados, momentos como esse são característicos da TCCG.

Já no artigo de Santana et al. (2014), onde também é feito uma análise de pacientes com ansiedade social, é relatado, em uma de suas pesquisas, os instrumentos que foram utilizados dentro das sessões, tais como o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Escala Fatorial de Extroversão (EFEx), Inventário de Fobia Social (SPIN), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e Inventário de Depressão de Beck (BDI I), além da entrevista clínica, tais instrumentos detectaram a diminuição da ansiedade e ansiedade social e aumento da extroversão. Contudo, os instrumentos utilizados para a pesquisa efetuada no ano de 2014, que anteriormente eram favoráveis, atualmente, no ano de 2024, são considerados desfavoráveis pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI).

A mesma pesquisa supracitada tem como foco a psicoeducação, prevenção a recaídas e orientação para mudança. Com o total de 14 integrantes, foram observadas melhoras significativas na qualidade de vida

dos pacientes, por meio da amenização dos sintomas, demonstrando comportamentos favoráveis ao processo, como não evitar ou perceber como ameaçador discutir algo em público e ter novas interações sociais. Percepções como essas, permitem uma interpretação menos ansiogênica por parte dos integrantes. Porém, existem pontos desmotivadores quando se trata de tratamentos em grupo, como as evasões que proporcionam um certo desinteresse por parte coletiva, além da deficiência em relação a um modo de análise mais sistemático que avalie objetivamente a eficácia desse tipo de intervenção em grupo (Santana et al., 2014).

Dessa forma, Neufeld et al. (2012) afirma a necessidade das técnicas de terapia cognitivo-comportamental, quando introduzidas a uma modalidade grupal, estarem acopladas a um conhecimento dos fatores que emergem em um grupo, assim, os resultados terapêuticos da TCCG se tornam produtos tanto das técnicas da abordagem quanto da modalidade utilizada.

Com isso, Santana et al. (2014) pontua que existe um fato inegável de que o ambiente em grupo propicia um local terapêutico pois, por meio do mesmo, é possível entrar em contato com suas questões interpessoais, permitindo abranger as habilidades de se relacionar e proporcionando um ajustamento social. Segundo Cade (2001 *apud* SANTANA et al., 2014), é através desse tipo de intervenção que temos situações semelhantes ao dia a dia, onde a aprendizagem acontece por observação, repetição do comportamento e relatos do outro, fazendo com que a cognição do indivíduo trabalhe de forma para encontrar soluções para seus problemas, fatores chaves para intervenções da terapia cognitivo-comportamental em grupo. Além disso, Santana et al. (2014) pontuam que a modalidade grupal possibilita democratizar o atendimento psicológico, uma vez que a psicoterapia individual representa um custo elevado para a população do Brasil, fazendo assim um atendimento em maior escala com um custo baixo para o sistema de saúde.

No relato de experiência de Neufeld et al. (2012), onde um grupo de emagrecimento foi analisado através da intervenção em TCCG, foram feitos 12 encontros de frequência semanal, em que o principal objetivo era manutenção do peso a longo prazo, para isso, habilidades comportamentais e a cognitivas auxiliaram nesse processo, principalmente quando

se trata de características de um quadro clínico ligado a autoimagem negativa, ansiedade e crenças disfuncionais, os quais colaboram para a piora do quadro. Desse modo, a reestruturação cognitiva foi primordial para flexibilizar pensamentos disfuncionais, esses eram relacionados a permissividade e autocontrole, substituindo para pensamentos mais adaptados à realidade. Para mais, a psicoeducação acerca dos transtornos alimentares foi introduzida no grupo para, posteriormente, promover discussões entre os integrantes.

Os resultados podem ser avaliados de forma concreta e subjetiva neste relato de experiência. O primeiro na redução de peso dos participantes e o segundo na narrativa dos mesmos sobre a amenização dos sintomas atrelados à obesidade, como a ansiedade e a tristeza, descritos por eles como promovedores dos episódios de compulsão alimentar. Assim, por meio da TCCG, Neufeld et al. (2012) descrevem uma melhora significativa na autoestima e nos níveis de ansiedade, bem como nas relações interpessoais e adaptação social, melhorias como essas são relatadas como resultantes da integração dos pacientes com o grupo de forma ativa e na alta taxa de frequência do grupo.

Outrossim, Ferreira et al. (2012), em seu relato de experiência com TCCG para idosos depressivos, o qual participaram 6 integrantes, sendo estruturado em 16 sessões, relatam os impactos da depressão na qualidade de vida do indivíduo, sobretudo, quando associada à terceira idade. Fatores que favorecem o aparecimento de episódios depressivos estão em volta de questões socioeconômicas desfavoráveis, doenças somáticas, cognição prejudicada, diminuição do contato social, além de um suporte social precário. Características como essas, em suma maioria, são beneficiadas quando tratadas em grupo, ficando evidente o que Santana et al. (2014) trazem como resultado da modalidade TCCG, em que o ajustamento social é aprimorado juntamente com as relações interpessoais, aumentando o repertório de habilidades sociais e diminuindo fatores como falta de contato social e suporte precário, além disso, como citado anteriormente, as questões socioeconômicas, que podem favorecer o aparecimento de episódios depressivos, faz com que a psicoterapia em grupo seja mais propícia para essas situações devido seu baixo custo.

Dessa forma, técnicas cognitivas-comportamentais adaptadas para o grupo como a psicoeducação, ensaio comportamental, feedbacks, monitoramento de humor, discussões das tarefas de casa, relaxamento progressivo de Jacobson, foram aplicadas durante todo o processo de experiência de Ferreira et al. (2012) e, por meio da fala dos pacientes e dos comportamentos emitidos, pode-se constatar uma melhora significativa para resoluções de conflitos interpessoais, aumentando, assim, o seu repertório social e frequência de atividades que envolvem prazer, diminuindo crenças disfuncionais e fortalecendo comportamentos que aumentam a autoconfiança e estima. Cabe também ressaltar, a análise feita da coesão grupal presente no grupo, em que os integrantes relatam satisfação e empatia entre os participantes, criando um ambiente confortável para exposição e feedbacks emitidos. Por fim, a amplificação de repertório social, produzida por um grupo, faz com que o ambiente se torne um estímulo reforçador, ajudando no tratamento da depressão e amenizando o aparecimento de episódios depressivos.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, a terapia cognitivo-comportamental em grupo vem se aprimorando em seus objetivos e materiais científicos ao longo do tempo, o que à priori tinha como foco principal atender mais pacientes em um intervalo de tempo menor, hodiernamente, avança para estudos onde seu foco é a homogeneidade do diagnóstico ou quadro clínico dos pacientes, amenizando as sintomatologias e propiciando uma melhor qualidade de vida para os mesmos.

Dessa forma, de acordo com o objetivo desta pesquisa, em que designa descrever as estratégias e benefícios da TCC na grupoterapia, os resultados apontam os benefícios para a eficácia da TCCG, principalmente, quando relacionado ao transtorno de Ansiedade Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Depressivo e Transtornos alimentares, em que há amenização dos sintomas iniciais, por meio das estratégias de reestruturação cognitiva dos integrantes, psicoeducação e o acompanhamento de tarefas. Fatores como esses, proporcionam melhora no quadro clínico dos pacientes, sendo o contexto grupal primordial para treinamento das principais técnicas da TCC para os transtornos supraci-

tados. Além disso, a dinâmica em grupo proporciona para os participantes a identificação e um modo de aprendizagem por observação, facilitando a exposição à condições de risco, como falar em público para pacientes com TAS, além de aumentar o repertório de sociabilidade, apoio mútuo e pertencimento, que são questões primordiais para a assiduidade dos integrantes até a finalização do processo.

Todavia, em alguns casos, é observado apenas uma replicação de um protocolo individual de TCC para o atendimento em grupo, sem as devidas adaptações que a modalidade grupal necessita. Cabe também ressaltar a falta de materiais científicos que meçam especificamente os efeitos da TCCG para os integrantes, uma vez que a efetividade da TCC se encontra evidente em muitos estudos, assim como os efeitos de um grupo terapêutico. Entretanto, ainda se faz necessário estudos que especifiquem essa atuação, não em partes, mas de forma combinada.

Ademais, percebe-se que o mesmo fator que favorece o surgimento da terapia cognitivo-comportamental em grupo, na década de 70, conserva-se amplamente valorizado hodiernamente. No Brasil, a psicoterapia ainda não constitui um serviço acessível para todos, atender mais pessoas em um intervalo de tempo menor diminui os custos do sistema de saúde e amplifica o acesso a psicologia e saúde mental, sendo uma solução a ser considerada quando se tem questões socioeconômicas em pauta. Outrossim, um dos objetivos desta pesquisa é analisar a utilização da TCCG no Brasil, no entanto, de acordo com os materiais selecionados, não se encontra dados para análise dessa questão.

Por fim, se faz necessário a ampliação de produção científica atualizada sobre essa temática, que abordam a utilização dessa modalidade no Brasil na atualidade, tendo em vista a concentração de estudos entre os anos de 2012 e 2015 dessa pesquisa, além da inclusão de instrumentos e materiais que enfoquem, exclusivamente, em um protocolo grupal em TCC.

REFERÊNCIAS

BECHELLI, L.; SANTOS, M. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 242–249, mar. 2004.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. Na frente de pesquisa: terapia cognitiva para depressão. **Jornal Australiano e Neozelandês de Psiquiatria**. v.13, p. 13-16, mar. 1979.

- BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. Porto Alegre: Grupo A, 2022.
- BECK, A. T; KNAPP, P. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, p. s54–s64, 2008.
- BIELING, P.; MCCABE, R.; ANTONY, M. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**. Porto Alegre, Grupo A, 2008.
- CORDIOLI, A.; KNAPP, P. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, p. s51–s53, out. 2008.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Grupo A, 2019.
- DITZ, C. et al. A terapia cognitivo-comportamental em grupo no Transtorno de Ansiedade Social. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 3, p. 1061–1080, 2015.
- FERREIRA, H.; LIMA, D.; ZERBINATTI, R. Atendimento psicoterapêutico cognitivo-comportamental em grupo para idosos depressivos: um relato de experiência. **Revista da SPAGESP**, v.13, n.13, 2012.
- MORRISON, N. Terapia cognitiva de grupo: tratamento de escolha ou opção abaixo do ideal? **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva**, v. 29, n. 3, p. 311–332, 2001.
- NEUFELD, C.; MOREIRA, C.; XAVIER, G. Terapia cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento: o relato de uma experiência. **Psico**, v. 43, n.1, 2012.
- NEUFELD, C.; RANGÉ, B. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**. Porto Alegre: Grupo A, 2017.
- OSÓRIO, L. **Grupoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Grupo A, 2007.
- SAMPAIO, R.; MANCINI, M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.
- SANTANA, S. et al. Intervenções em grupo na perspectiva cognitivo-comportamental: experiências no contexto da clínica-escola. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.10, n.1, 2014.
- SANTOS, M. Cem anos sem solidão: um século de psicoterapia de grupo (1905-2005). **Rev. SPAGESP**, v. 6, n. 2, p. 7-12, 2005.
- WRIGHT, J.; BROWN, G.; THASE, M. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Grupo A, 2019.
- YALOM, I. D.; LESZCZ, M. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed. 2006.

REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE O SUICÍDIO NA IDADE ADULTA JOVEM (20-40 ANOS)

Elaine Cristina Costa Pettengill¹
Heloísa Bruna Grubits²

INTRODUÇÃO

A idade adulta jovem sinaliza a transição da adolescência e suas demandas de imediatismo, instabilidades e incertezas, para o início de uma fase de maior envolvimento e preocupação com o presente e o futuro profissional, com a qualidade das relações afetivas, com o desempenho nas interações sociais, com a manifestação portanto de atitudes de responsabilidade, compromisso e ética que permitam ao sujeito estas conquistas e lidar com as inúmeras pressões e expectativas da família e sociedade a respeito de seu desempenho e ajustamento à vida adulta.

Caracterizada pela literatura (ERIKSON, 1950-1998; PAPALIA; MARTORELL, 2022) como uma fase que requer do indivíduo recursos psicológicos que permitam ao mesmo atender a diferentes demandas deste período da vida, comportamentos e habilidades ainda não conquistados em etapas anteriores do desenvolvimento podem vulnerabilizar o jovem para lidar com os desafios que a ele se apresentam nesta fase.

O suicídio, definido como “(...) um evento final de uma complexa rede de fatores que foram interagindo durante a vida do indivíduo, de formas variadas, peculiares e imprevisíveis” (CASSORLA, 2021, p. 08), sugere uma possível e estreita relação desse evento com a história de vida infantil e ou adolescência por vezes problemática e comprometedora da saúde mental e do bem-estar.

Neste estudo, pretende-se discutir sobre os fatores de risco de suicídio na idade adulta jovem, tendo em vista os aspectos que foram elencados

¹ Doutoranda em Psicologia (UCDB). Docente (UNIGRAN). CV: <https://is.gd/6oNRU1>

² Pós-doutorado em Desenvolvimento Humano e Bem-estar Social (CIAD / Hermosillo México). Doutora em Ciências Médicas (UNICAMP). Docente (UCDB). CV: <https://is.gd/VM9APL>

anteriormente e o alto índice deste evento ocorrendo mundialmente (mais de 700 mil pessoas anualmente), sendo a quarta maior causa de mortes de jovens de 15 a 29 anos de idade, conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020). No Brasil, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2021) informa que a ocorrência das lesões auto-provocadas entre os anos de 2010 e 2019, se concentrou na faixa etária de 20 a 39 anos, com 46,3% dos casos. Estes comportamentos auto lesivos, de acordo com Cassorla (2021), mesmo quando não resultam em morte, configuram por vezes um fenômeno parassuicida (suicídio inconsciente, sem intenção consciente) e sinalizam para um nível de sofrimento psicológico que vem sendo suportado pela pessoa que não se sente capaz de lidar com as angústias que estão sendo suscitadas nas experiências vividas, como na idade adulta jovem e seus desafios.

O capítulo está organizado em duas partes: na primeira parte são apresentadas as características psicológicas da fase adulta jovem conforme estudiosos da Psicologia do Desenvolvimento, e na segunda parte discute-se a respeito dos fatores de vulnerabilidade ao suicídio nesta faixa etária de acordo com estudos atuais sobre o tema, teorias psicanalíticas, estudos clássicos da Psicologia do Desenvolvimento e o que se constata na experiência clínica com pacientes nesta fase da vida.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IDADE ADULTA JOVEM: ASPECTOS PSICOLÓGICOS

De acordo com estudiosos da Psicologia do Desenvolvimento (ERIKSON, 1950-1998; PAPALIA; MARTORELL, 2022), comportamentos que sinalizam para um amadurecimento psicológico - atitudes de maior responsabilidade, tolerância à frustração, maior autonomia e autocontrole emocional - já podem ser observados com maior frequência entre as pessoas que se aproximam da idade de 20 anos aproximadamente, em comparação ao funcionamento psicológico nas etapas anteriores do desenvolvimento.

Papalia e Martorell (2022) referem que uma pessoa quando se torna adulta, demonstra atitudes de maturidade psicológica, ou seja, capacidade de autonomia, independência emocional e financeira da família, escolha de uma profissão e interesse em participar do mercado de trabalho, atitudes

de responsabilidade, interesse em estabelecer relacionamentos afetivos íntimos, além de atitudes que denotam um autocontrole emocional satisfatório. A partir da descrição destes comportamentos que definem o que é tornar-se adulto, nota-se o quão difícil e complexa parece ser a entrada e a permanência na fase adulta da vida, em razão de que a conquista destes sinais de maturidade psicológica é uma meta a ser perseguida a vida toda.

As conquistas da idade adulta que são descritas por Papalia e Martorell (2022), guardam íntima relação e tendem a refletir experiências e aquisições de etapas anteriores do desenvolvimento, como a internalização de vínculos afetivos seguros e satisfatórios, que favorecem o sentimento de autonomia e autoconfiança na idade adulta. A vivência de vínculos afetivos seguros na infância, conforme estudos de John Bowlby (1990), possibilita ao sujeito em etapas posteriores da vida conquistar com maior segurança atitudes de afirmação de sua própria identidade, conquistando gradativamente a sua independência emocional da família e estabelecendo seus próprios valores morais e éticos na condução de suas atitudes e posicionamentos na sociedade, na certeza (interna) de que sempre será amado e respeitado independentemente do adulto que se tornar. Este é o reflexo de um padrão de apego seguro internalizado (ABREU, 2019).

As demais conquistas da fase adulta como a escolha de uma profissão, a entrada e permanência no mercado de trabalho - no que se refere estritamente à dinâmica psicológica do sujeito, pois sabe-se que a empregabilidade envolve também questões sociais, econômicas, políticos, entre outros - e atitudes de responsabilidade na vida, são aquisições que também resultam de experiências de fases anteriores do desenvolvimento. De acordo com Rappaport, Fiori e Davis (1981), o reconhecimento por parte dos pais e cuidadores da criança a respeito de suas habilidades e aptidões por meio de elogios e incentivos para o desenvolvimento contínuo dos talentos demonstrados pelo filho (a), muito contribuem para um autoconceito e autoestima preservados, favorecendo também a escolha da ou das atividades profissionais a serem exercidas pelo sujeito no futuro.

No que se refere às atitudes de responsabilidade que o jovem adulto precisa demonstrar, de modo a ser de fato reconhecido como uma pessoa adulta e não mais uma criança ou adolescente, esta conquista tende a ser

melhor sucedida quando na infância esse adulto pôde contar com um ambiente familiar que lhe oportunizou condições que lhe permitiram a compreensão de que, onde quer que esteja ou onde quer que vá, há sempre a necessidade de cumprir regras, de contribuir de alguma forma para a organização dos ambientes e o bem-estar das pessoas, e de que todos os comportamentos e escolhas têm naturalmente, consequências (ERIKSON, 1950-1998).

O oferecimento de limites aos comportamentos inadequados e desadaptativos da criança, equilibrado a um ambiente que atende as suas necessidades de afeto e atenção, favorece a esta criança no futuro a manifestação de atitudes de empatia, de respeito ao outro, de compromisso ético nas interações sociais, características pessoais estas fundamentais para a participação do jovem no mundo do trabalho e para o seu ajustamento de uma forma geral, à vida adulta (WINNICOTT, 1957-2015).

Erikson (1950-1998) refere-se à idade adulta jovem como o estágio da vida em que se vivencia um conflito entre Intimidade versus Isolamento e, dessa maneira, o adulto experimenta duas necessidades a princípio conflitantes: por um lado a necessidade de estabelecer relações afetivas íntimas, e por outro lado, a necessidade de preservar a própria identidade, correndo o risco de, para isto, isolar-se e sofrer os prejuízos decorrentes desse afastamento das interações de intimidade. O autor argumenta que os adultos jovens que tendem ao isolamento são aqueles que não confiam o suficiente na possibilidade de se aproximarem do outro sem que isto custe a própria sobrevivência, ou seja, sem que isto implique anular o próprio EU, a própria identidade.

Adultos que não puderam sentir-se suficientemente seguros na relação com seus pais e familiares na vida infantil, quanto aos efeitos de sua destrutividade (inveja, raiva, ciúme) interna e dirigida a estas figuras da infância, tendem a demonstrar nas relações de amizade ou nas relações que envolvem sexualidade, um grande medo de ferir e desapontar assim como o medo de ser ferido e desapontado, estabelecendo vínculos marcados por grande insegurança e culpa (ABREU, 2019). Outras vezes, poderão apresentar-se nestas relações com grande dificuldade para manifestar autocontrole sobre as emoções e sentimentos.

A empatia, a capacidade para comunicar emoções, resolver conflitos na relação com o outro e manter uma postura comprometida e responsável nesta relação, são comportamentos que indicam maturidade psicológica (PAPALI; MARTORELL, 2022) e, serão favorecidas, conforme Winnicott (1957-2015), pela possibilidade de vínculos afetivos satisfatórios ao longo da infância e adolescência.

Nota-se assim que as conquistas e possibilidades da idade adulta jovem no que se refere à postura emocional e atitudes diante de vida, guardam íntima relação com possibilidades e experiências vividas ao longo do desenvolvimento infantil e também durante a adolescência, representando sustentáculos que vão influenciar a percepção e o enfrentamento das experiências na fase adulta.

FATORES DE VULNERABILIDADE AO SUICÍDIO

A experiência clínica e a literatura (CASSORLA, 2017; PEREIRA et al., 2018; DAMIANO et al., 2021) apontam diferentes fatores de risco ao suicídio na idade adulta jovem, como o prejuízo no desenvolvimento das habilidades sociais, do autoconceito, de uma autoimagem adequada e do senso de autoeficácia, em etapas anteriores do desenvolvimento. Déficit no repertório de habilidades sociais dificulta ao adulto jovem transitar nos diferentes grupos sociais como os ambientes de trabalho, que exigem autocontrole e diplomacia para lidar com os problemas e demandas específicas que vão surgindo no desempenho das atividades laborais.

Um autoconceito e autoimagem comprometidos prejudicam a maneira de perceber os eventos e comportamentos das pessoas, tendendo à vitimização e interpretação errônea das atitudes dos outros o que, em um ambiente de trabalho pode pôr em risco o emprego do jovem adulto, vulnerabilizando-o portanto, quanto a este aspecto de sua vida. Desacreditado (Senso de autoeficácia diminuído) da própria capacidade para aprender aquilo que ainda não sabe, o jovem tende a desistir antes de tentar, afastando-se muitas vezes do caminho que representa a preparação ou a condição para a conquista de seus objetivos.

Ter histórico de tentativa de suicídio é fator de risco a uma nova tentativa pois, conforme Cassorla (2021) e Damiano et al. (2021), o comportamento de atentar contra a própria vida reflete a impossibilidade do jovem para a contenção interna das próprias ansiedades e muitas vezes a incapacidade para nomear tais ansiedades, experimentando o que Bion (1978) denomina por experiência “terror sem nome”.

Ambiente familiar disfuncional, desemprego, condições de trabalho que oferecem risco à saúde, os quais o jovem continua exposto após histórico de tentativa de suicídio, constituem-se fatores de risco para a sua reincidência (PEREIRA et al., 2018).

Estar fora do mercado de trabalho e ou do meio acadêmico também configuram fatores de risco ao suicídio na idade adulta jovem, conforme experiência clínica e o que aponta a literatura (CASSORLA, 2017; PEREIRA et al., 2018; DAMIANO et al., 2021), daí a importância de que sejam pensadas e implementadas estratégias (individuais e coletivas, envolvendo também a participação do Estado) que promovam a inserção e ajustamento do jovem à vida profissional e acadêmica. O adulto jovem quando trabalha, tem a oportunidade de sentir-se novamente (as primeiras vezes foi em sua infância) diante de um espaço lúdico onde consegue desfrutar de prazer e bem-estar por meio da descarga para seus impulsos e da resolução de vivências infantis que não puderam ser toleradas ou manifestadas plenamente. Isto quando ele escolhe um trabalho com o qual se identifica, daí a importância da escolha da profissão (DEJOURS, ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Não participar do mercado de trabalho e não demonstrar interesse por qualquer atividade produtiva, reflete muitas vezes uma dificuldade de ajustamento do jovem à realidade, uma vez que, em razão de sonhos distantes de sua realidade e assumindo uma postura de superioridade - de que não precisa do emprego ou de que o emprego está muito abaixo do que merece ou que o salário não vai lhe proporcionar a curto prazo a realização de seus sonhos - o sujeito não consegue ajustar-se à realidade hierárquica dos ambientes de trabalho e suas regras, e este aspecto pode ser observado na clínica psicológica como um aspecto que gera sofrimento psicológico e vulnerabiliza o jovem ao suicídio.

Apresentar algum tipo de transtorno mental e do comportamento tais como Transtornos de Ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtornos do humor e Transtornos da Personalidade como o Transtorno Dependente e Borderline, também representa risco aumentado para o suicídio na fase adulta jovem (CASSORLA, 2017; TRINDADE JÚNIOR, SOUSA; CARREIRA, 2021).

Em estudo sobre a prevalência de transtornos de ansiedade e fatores associados em adultos, Costa et al. (2019) verificaram que a incidência maior para estes transtornos está relacionada a pessoas na fase adulta jovem, que encontram-se mais vulneráveis para a experiência da ansiedade por estarem em busca do engajamento no mercado de trabalho, de reconhecimento social, passando pela experiência da maternidade e formação de família.

A fobia social, que é uma das manifestações dos transtornos de ansiedade, provoca atitudes de evitação das situações temidas (estar entre pessoas, ser solicitado a falar ou a participar de uma conversa, chamar a atenção de outras pessoas de alguma forma), levando frequentemente o indivíduo ao isolamento social (DSM-5, 2014). Em estudo realizado por Barroso, Baptista e Zanon (2018), observou-se que o isolamento social ou evitar as interações sociais é fator preditivo para a depressão, que também configura um importante fator de risco ao suicídio.

O TDAH é caracterizado por um padrão persistente de desatenção e ou hiperatividade e impulsividade, com prejuízos no funcionamento social, acadêmico e ou profissional (DSM-5, 2014). O adulto que apresenta predominantemente sintomas de desatenção (TDAH Desatento), por apresentar um fluxo intenso e acelerado de pensamentos (taquipsiquismo) que desviam sua atenção de demandas mais urgentes que de fato requerem a sua atenção imediata, tem dificuldade de canalizar seus esforços na realização de trabalhos com metas e prazos pré-estabelecidos, com sérios prejuízos na vida profissional e nos estudos, o que tem sido associado a quadros como depressão com ideação suicida (SOBRAL, 2018).

De acordo com Sobral (2018), em razão da impulsividade (TDAH Hiperativo-Impulsivo ou Combinado), o adulto tende a reagir ao mundo externo com precipitação, pois funciona como receptor de alta sensibilidade que reage automaticamente sem avaliar as características do objeto

gerador, agindo para depois pensar, com risco de envolver-se de modo compulsivo ou desorganizado em atividades como jogos e compras, além de comportamentos que podem ter consequências desagradáveis e de risco à própria integridade, como sexo sem proteção, direção agressiva e perigosa, alimentação compulsiva e tentativa de suicídio.

Os transtornos do humor – quadros de depressão, mania e bipolaridade do humor – também aumentam as chances do evento do suicídio, em qualquer faixa etária da vida (DALGALARRONDO, 2008). Na depressão ou episódio depressivo do transtorno afetivo bipolar, o risco de suicídio está relacionado aos sentimentos de desesperança, à perda do interesse pela vida, à falta de ânimo, à autoestima diminuída, aos pensamentos de morte e frequentemente à ideação suicida. Nos quadros de mania ou episódio maníaco do transtorno afetivo bipolar, o suicídio pode resultar da impulsividade e idéias deliróides de superioridade, que colocam o indivíduo em situações de risco a sua integridade, como dirigir perigosamente ou buscar formas de “lazer” como “brincar de roleta russa” ou equilibrar-se caminhando na borda de um viaduto.

Entre os Transtornos da Personalidade que representam risco de suicídio na idade adulta jovem, destaque se faz aos Transtornos da Personalidade Dependente e o Transtorno da Personalidade Borderline. Em razão da subordinação das próprias necessidades e desejos àqueles dos outros dos quais é dependente, da solicitação constante de que outros tomem as decisões importantes em sua vida pessoal, do sentimento de desamparo quando sozinho por causa do medo exagerado de ser incapaz de se cuidar, e da preocupação e/ou medo exagerado de ser abandonado pela pessoa da qual depende (DSM-5, 2014), o adulto jovem que apresenta um padrão de dependência em suas relações, manifestando um Transtorno da Personalidade Dependente, fica vulnerável ao evento do suicídio.

O adulto jovem que experimenta dificuldades emocionais características do Transtorno da Personalidade Borderline, apresenta, conforme Simoni, Benetti e Bittencourt (2018), grande vulnerabilidade ao suicídio, tendo em vista sua instabilidade emocional intensa, sentimentos crônicos de vazio, relacionamentos pessoais muito instáveis, oscilando em curtos períodos de uma grande “paixão” ou “amizade” para “ódio” e “rancor”

profundos, esforços excessivos para evitar abandono, atos repetitivos de autolesão, envolvendo-se em atuações perigosas (direção veicular perigosa, uso de substâncias, sexo inseguro) e atos suicidas repetitivos.

A experiência clínica e a literatura (CASSORLA, 2017; PEREIRA et al., 2018; DAMIANO et al., 2021) também apontam como fator de risco ao suicídio na fase adulta jovem, o prejuízo para estabelecer relações afetivas íntimas e satisfatórias, dificuldade que demonstra associar-se a outras várias dificuldades psicossociais desse jovem, como baixa autoestima e dificuldade para lidar com a frustração, o que se reflete em atitudes de imaturidade e impulsividade.

A dependência financeira e principalmente, a dependência emocional da família, representam risco ao suicídio nesta faixa etária. A dependência financeira gera sentimentos de gratidão, mas por vezes, um ressentimento quando de forma latente (e às vezes explícita), existe uma expectativa da família de que o jovem vai realizar os sonhos que na verdade são dela, da família, o que tende a gerar muita culpa e expondo o jovem a quadros de depressão.

Quando a dependência emocional da família é transferida para o vínculo com o parceiro amoroso (namorado (a), cônjuge), o que se observa são relações afetivas tumultuadas, descritas como tóxicas ou mesmo abusivas (GOMES; ASSUNÇÃO, 2021), em razão da sobrecarga de expectativas e exigências de afeto e proteção infantis, que se atualizam na relação com o (a) parceiro (a), conforme a psicanálise Freudiana (1905-1996).

Essa transferência de sentimentos ligados a privação de afeto sofrida na infância, leva o adulto jovem a estabelecer padrão de relacionamento amoroso fundamentado no ciúme e controle obcecado sobre o outro (próprio das relações abusivas), tendendo a manifestações de violência nessa relação (GOMES; ASSUNÇÃO, 2021), ou ainda manifestação de total sujeição ou subjugação passiva a qualquer solicitação do (a) parceiro (a) ou condição estabelecida por este (a) para a relação. Essas duas formas de vinculação representam risco ao bem-estar, à saúde mental e à integridade física desse adulto, uma vez que, segundo Gomes e Assunção (2021), é frequente a ocorrência de crimes passionais e suicídio decorrentes dessas formas de se relacionar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das variáveis apontadas pela literatura e experiência clínica com pacientes adultos jovens, nota-se que o risco de suicídio nesta faixa etária é resultado de uma complexa rede de fatores que se entrelaçam e vulnerabilizam o sujeito a este tipo de ocorrência, como aqueles que podem ser compreendidos e situados a nível da qualidade das relações afetivas e das condições para o desenvolvimento da personalidade ao longo da infância e da adolescência, além de envolver também aspectos sociais, políticos, econômicos, entre outros.

Compreende-se que estratégias governamentais em relação ao evento do suicídio na idade adulta jovem devem ir ao encontro dos fatores de risco, com incentivo à preparação do jovem para o mercado de trabalho, oportunizando o acesso a serviços de orientação profissional e acompanhamento psicológico, psicopedagógico e psiquiátrico quando necessário. Destaca-se a importância da Psicologia nas escolas públicas, tornando-se urgente no Brasil a realização de concursos públicos ofertando oportunidades de trabalho para psicólogos nestas instituições que cumprem um papel essencial no desenvolvimento do caráter do ser humano e na promoção da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. N. **Teoria do Apego**: fundamentos, pesquisas e implicações clínicas. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BION, W. **Seminários de Psicanálise**. Buenos Aires: Paidós, 1978.
- BOWLBY, J. **Uma base segura**: Aplicações clínicas da Teoria do Apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BOWLBY, J. **Apego** – volume 1 da Trilogia Apego e Perda. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- CASSORLA, R. M S. **Suicídio**: Fatores Inconscientes e Aspectos Socioculturais: uma introdução. Campinas: Editora Blucher, 2017.

CASSORLA, R. M S. **Estudos sobre suicídio**: Psicanálise e saúde mental. Campinas: Editora Blucher, 2021.

COSTA, C. O.; BRANCO, J. C.; VIEIRA, I. S.; SOUZA, L. D. M.; SILVA, R. A. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 2, 92-100, 2019.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAMIANO, R. F.; LUCIANO, A. C.; CRUZ, I. D. G.; et al. **Compreendendo o suicídio**. Curitiba: Editora Manole, 2021.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

ERIKSON, E. H. **O ciclo de vida completo**. Porto Alegre: Artmed, 1950-1998.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria e outros textos**. Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1905-1996.

GOMES, L. K. G. R.; ASSUNÇÃO, M. M. S. Relacionamentos amorosos abusivos. **Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 6, n. 12, 1-24, 2021.

PAPALIA, D. E.; MARTORELL, G. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: AMGH, 2022.

PEREIRA, A. S.; WILHELM, A. R.; KOLLER, S. H.; ALMEIDA, R. M. M. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, 3767-3777, 2018.

RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. R.; DAVIS, C. **Psicologia do Desenvolvimento**: a idade escolar e a adolescência. Vol. 4, Rio de Janeiro: E.P.U, 1981.

SOBRAL, C. J. B. **O TDAH em adultos**. Monografia Especialização em Avaliação Neuropsicológica – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio de Janeiro, setembro 2018.

TRINDADE JÚNIOR, S. C.; SOUSA, L. F. F.; CARREIRA, L. B. Prevalência do transtorno de ansiedade generalizada e do risco de suicídio em estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 2, 2021.

WINNICOTT, D. **Tudo começa em casa**. São Paulo: UBU Editora, 1957.

WINNICOTT, D. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1965.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide**. world health organization, 2020.
Disponível em: <https://is.gd/iOsnpH>. Acesso em: 3 nov. 2022.

SÉRIE “IN TREATMENT”: ANÁLISE ENTRE A FICÇÃO E A REALIDADE NO ENQUADRE TERAPÊUTICO

Gabriela Oliveira Lourenço¹

Eduardo Toshio Kobori²

Mariele Vilela de Sene³

Maria Carolina Vianna de Moraes⁴

A série *In Treatment* (2008), de Mark Whalberg, dirigida por Rodrigo García (2008), versa sobre o trabalho de Paul, um psicoterapeuta, e os possíveis impasses que se apresentam durante as sessões. O roteiro original apresenta a sequência de diferentes personagens/pacientes e seus respectivos atendimentos, aludindo a como ocorre o processo terapêutico no cotidiano de um psicólogo. Neste texto, busca-se a análise crítica dos episódios um e seis da primeira temporada referentes à paciente Laura, correlacionando-os com as teorias e técnicas psicoterápicas da psicologia, mais precisamente, utilizando-se da perspectiva psicanalítica para a fundamentação teórico-metodológica. Nesse aspecto, enquanto teoria científica, psicoterapia analítica e método interpretativo permitem descrever os detalhes aparentemente ínfimos que se estabelecem da via investigativa à interpretativa, para suscitar, então, rupturas as quais conduzem ao processo de resignificação de determinado evento (Herrmann, 2015).

De modo geral, Laura, a jovem médica anestesista, traz como queixa, em duas sessões, sua cisão entre continuar ou não seu relacionamento com seu noivo Andrew. Diante da indecisão, o desenrolar das sessões impulsiona diversos mecanismos de defesa, negação, transferência, contra-transferência, bem como levam Paul e Laura, enquanto dupla analítica, a

¹ Graduada em Psicologia (Unifio). CV: <https://lattes.cnpq.br/9720632167934982>

² Pós-doutorando, doutor e mestre em Filosofia (UNIFESP). Professor (Unifio). Psicólogo. CV: <http://lattes.cnpq.br/0138641626723335>

³ Graduada em Psicologia (Unifio). CV: <https://lattes.cnpq.br/8161033586376135>

⁴ Graduada em Psicologia (Unifio). CV: <http://lattes.cnpq.br/6559888628072837>

questionamentos sobre os desejos da paciente, “O analista, interpretando, vai formando, junto com seu paciente, o esboço lento do desenho de seu desejo. Fundamentalmente, por romper o campo da rotina e assim propiciar um espaço em que o desejo se pode mostrar, ainda que de forma indireta” (Herrmann, 2015, p. 11). Em outras palavras, por meio da análise a interpretação permite que o paciente construa, gradualmente, um esboço representativo de seu desejo, essencialmente por meio da ruptura, a qual proporciona um ambiente em que o desejo possa se manifestar, mesmo que de maneira implícita. Ademais, o evento marcante vivenciado por Laura, o luto pela mãe superprotetora, a qual lhe amparava contra um pai aversivo que lhe causa diversos sentimentos incômodos, sensações de vazio, toxidade, solidão, temores e dependência, reverberam de forma inconsciente em suas relações atuais, suas escolhas, seus medos, traumas e inseguranças (Freud, 2017; Herrmann, 2015).

Portanto, a análise da série visa, a partir do olhar atento e qualificado, encontrar um ponto conectivo entre a cultura, representada por meio cinematográfico, e a literatura psicanalítica, as quais formam base para reflexões de como ocorre o processo psicoterápico e suas nuances. E, para além de articular, de maneira aplicada, as cenas com os conceitos psicanalíticos, nosso intuito é promover interpretações psicanalíticas, isto é, produzir novos sentidos a partir do impacto emocional do analista perante as cenas assistidas (Green, 1994). Esta prática, a partir do método psicanalítico, visa perceber um conhecimento que é inerente à obra de arte - seja ela um filme, pintura ou literatura -, para, partindo dela, aprofundarmos o conhecimento do que é humano, permitindo assim que a obra ensine a psicanálise (Rancière, 2009). Dessa forma torna-se possível construir novos conhecimentos teóricos, não apenas com o fenômeno vivo oriundo da clínica, mas do rico conteúdo que as obras de arte podem despertar no analista. A seguir, iniciaremos um relato dos episódios a fim de contextualizar a análise que realizaremos na sequência.

RELATO INVESTIGATIVO

A sessão se inicia com Laura chorando e afirmando que o analista se arrependeria de tê-la incentivado a chorar. Laura segue afirmando que pensou que se sentiria aliviada, mas que não conseguira falar e que não deveria ter ido, apresentando sinais de culpa.

Apesar de ter ficado sentada do lado de fora do consultório por quatro horas, Laura fica em um impasse entre cancelar ou não a sessão. A paciente, então, reclama de frio e o analista a cobre com uma manta. Em seguida, ela ameaça ir embora, tal como fez após abandonar Andrew por tê-la dado um ultimato. Apresenta esse movimento de buscar meios de se desviar do ponto principal que a trouxe ali naquele dia. Laura diz que Andrew começou tudo e que, em meio à discussão, ela teve um ataque e se sentiu como uma criança, gritando, chorando, e destruindo o laptop de Andrew ao jogá-lo no chão. Esse contexto a levou a ir a um bar, onde conheceu um sujeito e flertou com ele. Laura interpela o psicólogo se ele concorda com ela. A sedução com o homem desconhecido os leva ao banheiro, onde ora ela se sente como uma adolescente, ora retorna às sensações vivenciadas com Andrew após receber um ultimato do desconhecido. Por se sentir culpada, diz que não poder fazer isso com Andrew e “fecha as pernas”, pelo que o desconhecido afirma que ela não poderá deixá-lo dessa forma, então Laura o masturba. Laura pergunta se Paul, o analista, sente nojo de como ela se sentiu excitada ao se imaginar transando no banheiro. No momento da transa, relembra do seu ex-noivo ao ouvir o barulho parecido de um sujeito que usa o banheiro ao lado, pensa que aquilo tudo vai acabar logo. Convoca o analista novamente, ao asseverar que pensou nele naquele momento, no que falariam no ambiente terapêutico. O analista indaga o que ela imaginou que conversariam? Após contar tudo, Laura vomita e se arruma. Ao pensarem juntos, o analista coloca que quem começou toda a crise foi Laura, ao abordar que deveriam se casar ou se separarem. Sente-se infiel a ele, não apenas pela noite anterior, mas tem sido há muito tempo. Então um elemento surge, sua paixão pelo analista. Relata que seus sentimentos se dão há um ano e todas as fantasias vivenciadas naquela noite foram endereçadas ao analista, o qual tem sido

o centro de sua vida, desejando assim que o estranho no banheiro fosse ele. Paul afirma ser seu terapeuta, as limitações e parâmetros estabelecidos eticamente, ou seja, não é uma opção, e que ela pode estar usando-o como uma forma de sair desse relacionamento. Como vai voltar para a sua vida, para o hospital, para Andrew? Assim como fez com Andrew, ela toma o primeiro passo: “nosso tempo acabou”. Sente que entrou no escuro e está saindo em uma escuridão ainda maior.

Na segunda sessão, Paul parece perturbado com a chegada de Laura. Ela tem algo novo para lhe contar: aceitou o pedido de casamento de Andrew. Convoca o analista se ele está feliz pelo casal. Ele retorna, perguntando se isso é importante para ela e se ela não está tomando atalhos. A interpretação de Paul é sobre a distância entre a profundidade a qual Laura mergulhou na semana anterior e a superfície rasa para a qual emergiu rapidamente nessa sessão, ou seja, o êxtase pela decisão de se casar a faz debochar da situação. Laura direciona perguntas sobre a vida de Paul e como é bom descobrir coisas em comum com o analista. Em dado momento de silêncio, Laura tem um pensamento assustador ao imaginar algo de ruim acontecendo com Paul. Paul, em sua interpretação, diz que ela emergiu rápido demais, ao que ela prontamente manifesta não querer uma sessão deprimente, visto que trouxe boas notícias, dessa forma, pede apoio.

Ela conta que na noite anterior Laura e Andrew foram à casa da ex-namorada dele, pois o casal, que os convidara, acabara de ter um bebê. Ela fica encantada como ele mama no seio nutridor enorme, com excesso de leite. Observa que seu noivo contempla a cena como se aquilo fosse uma obra, algo grandioso. Paul indaga se ela acha que projetou a cena em um futuro deles dois. Laura conta que seu noivo acha sua ex-namorada e ela muito parecidas, pois sentem-se livres, provocam nos homens atração e não se ligam profundamente. Laura coloca que o que restou desse “animal selvagem” (sic), o qual Andrew observa, não foram muitas coisas, ela está domesticada, tal como temia. Posto que, na primeira sessão, Laura traz questões de como ser uma esposa que não teve determinadas experiências, sente que tem que ser dócil e se enquadrar. Paul pontua se isso a assusta? Novamente Laura devolve a pergunta para Paul, voltando sobre questões de sua vida pessoal.

A paciente reflete sobre os pássaros, onde os machos fazem ninhos para as aves fêmeas, são como estruturas complexas, as fêmeas buscam um ninho mais aprazível, conferem ninho a ninho a melhor opção para decidirem-se, porém, os ninhos se assemelham a gaiolas. A partir daí ela se vê sem saída e decide se casar com Andrew. “Dane-se, disse sim”. Novamente Paul pergunta o porquê do “sim”, se tudo o que tem dito tem ido na contramão? Paul pondera novamente, de onde vem esse sim.

As ponderações de Paul continuam ao apontar para Laura as fantasias que ela tem tido. Instantaneamente ela diz que fantasias são coisas para garotas e que ela realmente está apaixonada por ele, que se trata da realidade. Paul reafirma ser fantasia. Paul retoma o verão em que Laura tinha 15 anos e a perda da mãe, figura de proteção contra o pai, em suas palavras, um pai que lhe promovia vazio, toxicidade, solidão, temores e dependência. Esses sentimentos a levaram a se afeiçoar pela família que a acolheu, uma família oposta, saudável e acolhedora. Se afeiçoa a David (figura paterna), que foi gentil com ela, e afirma querê-lo só para ela. Por outro lado, a paciente tinha um pai que precisava dela, estava de luto e David representava um bote-salva vidas. Paul pontua parecer ocorrer o mesmo com ele e Andrew, em que ele representa uma alternativa, uma saída, de todas as angústias vivenciadas com seu noivo. Laura diz ser diferente, ela quer sexo e não ser adotada. Desvia-se do momento querendo ir ao banheiro, mas teria que usar o banheiro particular do analista, uma vez que o do consultório está quebrado, então uma discussão começa, pois Paul não quer que Laura use o banheiro de sua casa. Afirma que ele não quer que sua esposa a veja ou não quer que ela veja sua esposa. Nesse momento pede para ser levada a sério, não como uma adolescente fofa. Laura agride o analista, assinalando que sua primeira impressão ao conhecê-lo é de um homem morto, que teve vontade de pegar o coração dele em suas mãos para retorná-lo a vida. Talvez ela tema isso caso se case com Andrew, afirma Paul. Laura acha que sua presença o trouxe de volta a vida. Termina a sessão indagando se ele a quer ou não. Ele diz que não.

ANÁLISE DESCRITIVA

No início da sessão, a paciente Laura apresenta sentimentos ambivalentes: ora quer estar ali, e espera pelo terapeuta por quatro horas, ora

pensa que não deveria ter ido – cancelar ou não a sessão. O impasse, nutrido por sentimentos de culpa e remorso por ter traído, a princípio Andrew, faz emergir um elemento significativo: a sensação de frio a abate, levando-a, inconscientemente, a desejar ser acolhida, o que faz com que Paul lhe ofereça um cobertor; isso representa uma dependência infantil em relação ao Outro, poderoso, que deveria protegê-la, característica imaginária direcionada a quem demanda amor e reconhecimento. No cenário transferencial, seus sentimentos de arrependimento se revelam em ressentimento ao advertir Paul que ele se arrependeria de tê-la feito chorar, como se quisesse dizer: “reconheça o mal que me fez”, sem se responsabilizar por seus próprios limites e escolhas. Outrossim, o ressentimento e o arrependimento são recusas à realidade psíquica e expressam uma recusa narcísica diante da falta e das consequências de seus atos (Kehl, 2020).

Sequencialmente, o estado de angústia é desvelado ao se questionar se conseguirá falar, o que dá pistas sobre suas vivências anteriores. Assim como uma criança demonstra dificuldades em manifestar seu mal-estar; essas experiências, desde a mais tenra infância, deixam marcas que influenciam ao longo da vida. Segundo Nasio (2008, p. 15), “[...] falamos todos a linguagem das sensações vividas anteriormente em nosso corpo de criança, falamos sem nunca ter consciência disso”. Isto é, essa linguagem corporal, que por sua vez é inconsciente, impele a paciente a reviver situações análogas. Dessa forma, o início da sessão é, portanto, base para compreender os acontecimentos subsequentes.

De tal forma, o desenrolar da sessão segue com o contexto da briga que impulsiona a paciente a ir ao bar. Mas, quais os reais desejos implícitos nesse movimento, nesse impulsionamento que a leva a brigar, sair em busca de algo e se deparar com um desconhecido? É isso que Herrmann (2015) nos convida a refletir ao indagar sobre os questionamentos que atravessam a dúvida do que é real, colocando à prova o “lado desconhecido do desejo”, que se manifesta em atos inconscientes, chistes, sonhos ou lapsos de memória. O desejo retorna de alguma forma e tende a promover sensações de viver em um constante absurdo. Desse modo, é possível, por meio da psicanálise, compreender o que está por trás desse fenômeno do absurdo que se coloca como imperativo perturbador. No entanto, tendo

em vista sua história de vida, e seus comportamentos em momentos de conflito, fica patente que sua fuga para o bar foi a forma que encontrou de lidar com o ultimato de Andrew. A fuga se repete na ameaça de “fugir” da sessão, bem como o arrependimento e a tentativa de fuga da situação no banheiro.

Laura se sente uma adolescente, a fantasia e excitação de estar com um “desconhecido” se altera ao entrar em contato com o real, ao sair do campo da fantasia para realizá-la. Instantaneamente ela se arrepende e sente que recebeu mais um ultimato. Todavia, ao convocar constantemente o analista a se posicionar com suas opiniões, desejos e sentimentos, nota-se a transferência estabelecida, ponto concernente do tratamento analítico, o qual expressa a repetição de situações de um vínculo anterior atualizada pelo sujeito, em que ele se vale de dada semelhança para reeditá-las, seria a própria cura. Ou seja, há um potencial de deslocamento, de substituição de um lugar pelo outro, onde sentimentos inconscientes recalcados das imagos são direcionados ao analista (Freud, 2017). Em vista disso, é possível compreender o que Laura procura, bem como indica um ponto de ruptura para a interpretação do analista a partir da fala de Laura, que claramente se sente infiel a Andrew, não apenas na noite anterior, mas tem sido há muito tempo, nutrindo sentimentos amorosos pelo seu analista (Herrmann, 2015).

Já na segunda sessão, fica evidente que a interpretação de Paul, bem como a tentativa de evitamento da dor da paciente, vem ao encontro das afirmações de Freud (2017), para quem “as moções inconscientes não querem ser lembradas, tal como o tratamento o deseja, mas elas almejam se reproduzir, de acordo com a atemporalidade e a capacidade alucinatória do inconsciente” (Freud, 2017, p. 118). Em outros termos, o jogo de forças pulsionais, inatas aos seres humanos, quer, a todo custo, desviar-se da dor, evitando o desprazer. Ao evitarem serem lembrados, mecanismos de defesa são acionados inconscientemente. No caso de Laura, tais mecanismos são manifestos pelos atos de querer ir ao banheiro, atender ao celular durante a sessão, entre tantas formas de saída durante sessão, para esquivar-se de entrar em contato com a dor. Destarte, o inconsciente atemporal e ilógico tende, inevitavelmente, a pulsar, a reproduzir, o mais marcante da nossa

vivência (Nasio, 2013). Ademais, “essa concepção da negação se ajusta muito bem no fato de que na análise não ocorrem nenhum “não” vindo do inconsciente, e de que o reconhecimento por parte do Eu se expressa numa fórmula negativa” (Freud, 2019, p. 146). Isto é, a resistência na análise refere-se a conteúdos com os quais o paciente não quer entrar em contato. Conteúdos incômodos que, ao serem confrontados, angustiam o paciente, levando-o a negá-los. Em contraponto, pode ser constatado progresso na análise à medida que a paciente aceita as interpretações, e para isso é imprescindível que esteja bem estabelecido o vínculo terapêutico. Logo, mesmo que inicialmente a negação se apresente de forma mais incisiva, em um segundo momento objetiva a superação desse entrave e favorece a integração dos conteúdos inconscientes.

Nesse mesmo sentido, há um ponto paradoxal entre o potencial de cura por meio da transferência em detrimento dela se manifestar enquanto resistência, dada a aproximação dos conteúdos recalcados. Percebe-se isso quando Laura não aceita as interpretações do analista, posto que os mecanismos de defesa atuam distanciando-a do real, ao passo que se utiliza da fantasia para conseguir lidar com a situação (Etchegoyen, 2003; Herrmann, 2015).

Portanto, é crucial mencionar o papel da transferência e contratransferência no contexto terapêutico, pois esses fenômenos desempenham um papel significativo na relação entre paciente e terapeuta. O paradoxo intrigante que emerge entre o potencial de cura por meio da transferência e sua propensão a se transformar em resistência é ainda mais complexo quando se consideram as dinâmicas transferenciais em jogo. No caso de Laura, sua relutância em aceitar as interpretações do analista pode ser influenciada, não apenas pelos mecanismos de defesa, mas também pela transferência de emoções e experiências passadas para o terapeuta. Da mesma forma, a contratransferência do terapeuta pode influenciar sua abordagem e compreensão do paciente. É interessante notar como, por exemplo, Paul se desespera quando Laura pede para usar o banheiro do consultório, e este está indisponível por conta de um concerto. Como o consultório é um anexo à sua residência, Laura pede para utilizar o banheiro da casa, e isto causa um desconforto em Paul, que imagina o encontro das duas

mulheres – tal como se fossem rivais amorosas. O que é problemático do ponto de vista do terapeuta é o exagero em sua reação, o que denuncia sua dupla preocupação, tanto no fato de que Laura tem o desejo de conhecer mais a intimidade de Paul e encontrar a esposa, quanto esta ver que Laura é uma paciente com uma aparência atraente. Sobre este aspecto, o receio exagerado do terapeuta o denuncia. Ainda temos outros dados como, por exemplo, a cena do início da sessão após Laura ter se declarado apaixonada por Paul, este está se arrumando no banheiro, com um cuidado e vaidade que outrora não fora demonstrado. Por outro lado, Laura força a situação, insiste, pois, também quer adentrar no espaço íntimo de Paul (sua casa), sua família, sua esposa, ferindo, dessa forma, um acordo tácito existente na relação paciente-terapeuta.

Para além disso, há o enquadre, ou *setting* terapêutico, ele é definido por Etchegotyen (2003) como um norteador de pequenas configurações que são programadas para que as coisas ocorram da maneira esperada, como definição de horários para o atendimento, frequência em que os atendimentos ocorrerão, política de faltas e atrasos, local de atendimento (silencioso, privado, agradável e sem interrupções), entre outros, tendo por finalidade oferecer condições ideais para se exercer a análise. O enquadre é então como uma moldura que sustenta e delimita. Deve-se compreender, entretanto, que o enquadre, apesar de ser algo fixo e estável, está constantemente propenso a variáveis.

Seguindo o entendimento do mesmo autor, as alterações no enquadre não devem estar diretamente relacionadas com o processo analítico que o analisando traz para a sessão. Ainda assim, o enquadre pode ser inspirado pelo processo, desde que não vise mudanças estruturais no paciente. Quando as mudanças no enquadre são propostas pelo paciente, a situação deve ser analisada de forma completa, levando em consideração a intensidade dos mecanismos projetivos do paciente e a própria contratransferência.

Nos episódios da série, podem-se observar as sessões da paciente sempre marcadas para as 9 horas às segundas-feiras, bem como tem sempre as mesmas duração e disposição dos móveis; representam a moldura, o enquadre, e como isso sustenta e delimita o atendimento. Estas são as condições para que uma análise possa se estabelecer, tal como Fabio

Herrmann (2015) assevera. No entanto, nos lembra José Bleger (1988), a problemática do enquadre surge, na maioria das vezes, quando ele é quebrado, isto é, quando o não cumprimento de tais condições impedem ou atrapalham o bom andamento da análise. Observam-se como exemplos de interrupções do enquadre terapêutico, as ligações que Laura recebe e insiste em atender durante a sessão, ou, como ela questiona o terapeuta com perguntas sobre sua vida pessoal. Essas quebras do paciente em relação ao enquadre devem ser analisadas, uma vez que irrompem diretamente na relação paciente-terapeuta.

Laura recorre à fantasia como uma estratégia para lidar com a situação desafiadora, o que pode também estar ligado aos padrões transferenciais estabelecidos ao longo do tratamento. Por isso, esse fenômeno complexo destaca a necessidade de uma análise cuidadosa da transferência e contra-transferência na terapia, a fim de compreender plenamente as resistências do paciente e facilitar um processo de cura eficaz (Freud, 2012). É possível perceber que a relação transferencial e contratransferencial sem o devido manejo reforça as resistências e impede que o paciente perceba na relação transferencial, a repetição de determinada dinâmica anterior, resultando não apenas na manutenção do *status quo* do caso, como também no aumento da dificuldade em conduzir a análise, tal como acompanhamos no recorte desses dois episódios analisados.

CONCLUSÃO

A análise da série permite a correlação entre teoria e prática analítica à medida que traz por meio da ficção a idealização de um enquadre próximo do real, com as sessões delimitadas a partir de horários pré-estabelecidos, disposição dos móveis, constância e elementos que facilitam a organização psíquica do paciente. A partir desses estabelecimentos, as sessões são constituídas inicialmente por uma escuta atenta, de acolhimento e compreensão das demandas, as quais facilitam o vínculo terapêutico, bem como os impasses advindos da transferência durante o processo. Enquanto a paciente verbaliza, emprega sentido por meio da palavra a conteúdos inconscientes, Paul, o analista tenta encontrar pontos conectivos em sua fala que viabilizem identificar rupturas para possíveis interpretações pontuais.

Desse modo, as manifestações de sentimento de culpa associados a vivências anteriores reverberam nas vivências subsequentes. À medida que Laura lida com impulsos e desejos inconscientes, estes culminam em situações de arrependimento e conflito intrapsíquico. Aliás, a transferência estabelecida entre Laura e seu analista é explorada como um ponto crucial no processo terapêutico, revelando padrões de comportamento repetitivos e sensações e sentimentos recalcados. A questão que podemos levantar nesses dois episódios é o cuidado que o terapeuta deve ter com relação à sua contratransferência, pois quando este responde, sem perceber, a ela, o trabalho analítico fica comprometido, e a atuação do profissional pode levar a condutas que ferem a ética e o desenvolvimento do atendimento.

Em síntese, a análise cautelosa desses fenômenos é vista como fundamental para facilitar o progresso terapêutico e promover a integração dos conteúdos inconscientes.

REFERÊNCIAS

- BLEGER, J. **Simbiose e ambiguidade**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988.
- ETCHEGOYEN, H. **Fundamentos da Técnica Psicanalítica**. Porto Alegre: Grupo A, 2003.
- FREUD, S. **Obras completas volume 11**: Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914). Tradução Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- FREUD, S. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Grupo Autêntica, 2017.
- FREUD, S. **O infamiliar** [Das Unheimliche] - Edição comemorativa bilíngue (1919-2019). Belo Horizonte: Grupo Autêntica, 2019.
- GARCÍA, R. **In Treatment**: 1ª temporada [vídeo-série]. Estados Unidos: HBO, 2008.
- GREEN, A. **O desligamento**: psicanálise, antropologia e literatura. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1994.
- HERRMANN, F. **O que é psicanálise: para iniciantes ou não...** São Paulo: Editora Blucher, 2015.
- KEHL, M. R. **Ressentimento**. 3.ed. São Paulo: Boitempo, 2020.
- NASIO, J.-D. **Meu corpo e suas imagens**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

NASIO, J.-D. **Por que repetimos os mesmos erros**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

RANCIÈRE, J. **O inconsciente estético**. São Paulo: Editora 34, 2009.

UMA REFLEXÃO GESTÁLTICA SOBRE O CORPO INFANTIL VIOLENTADO

Paola Adriany Cardoso Januario¹
Ana Maria Del Grossi Ferreira Mota²

O estudo aqui apresentado, contempla resultados da pesquisa realizada como atividade obrigatória para conclusão de curso, para Bacharel em Psicologia do Centro Universitário UNIGRAN Capital, no Estado do Mato Grosso do Sul. Um braço desse estudo objetivou compreender aspectos da subjetividade infanto-juvenil que sofre alguma experiência de violência. Como parte dessa pesquisa, este capítulo analisou o desenvolvimento infantil a partir de um corpo violentado à luz da abordagem gestáltica.

A violência pode ser caracterizada como a utilização da força física ou de poder, sendo em forma de ameaça ou a concretização do ato em si, este podendo ser feito contra um grupo de pessoas, contra um indivíduo ou contra si mesmo (NUNES; SALES, 2016). Os mesmos autores classificam a violência contra a criança em quatro aspectos, categorizados em física, sexual, psicológica, negligencial e emocional. Especificamente, a violência sexual infantil é caracterizada como uma ação efetivada por um indivíduo com desenvolvimento psicosssexual acima de uma criança, na qual utiliza-se do corpo do infante como um objeto para satisfação dos desejos do abusador, ato que pode envolver diversas atividades sexuais, provocando na criança uma ruptura em seu desenvolvimento biopsicossocial (LÍRIO, 2021).

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para as crianças (UNICEF) e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), entre 2017 e 2020, 180 mil crianças e adolescentes entre 0 a 19 anos foram violentadas sexualmente, estabelecendo uma média de 45 mil abusos por ano. Estudos desvelam que, esses corpos violentados podem sofrer consequências que afetam a forma como eles lidam com diferentes aspectos da vida,

¹ Bacharel em Psicologia (UNIGRAN). CV: <http://lattes.cnpq.br/8970242133401316>

² Doutora em Psicologia (UCDB). Docente (UNIGRAN). CV: <http://lattes.cnpq.br/5140748091838103>

identificando mudanças na experiência de contato com a alimentação, na qualidade do sono, no desenvolvimento cognitivo, emocional e físicos (COGO *et al*, 2011). Para a abordagem Gestáltica, o infante é visto como um todo, e quando vive uma experiência de abuso e/ou violência, o self fica interrompido no campo de contato, de forma momentânea ou prolongada. Tal interrupção é vivida como uma desregulação orgânica, fazendo com que a criança não consiga produzir criativamente ajustamentos para lidar com a demanda do contato. Logo, em sua interação com o meio, faz com que não obtenha o necessário para satisfação de suas necessidades, comprometendo assim seu processo de autorregulação e homeostase (SOUZA, 2016). Por esse motivo, a criança acaba criando um ajustamento criativo para lidar com o sofrimento e com a inabilidade em criar formas de lidar com certas situações, levando a uma rigidez quando se trata de suprir suas necessidades internas e externas (COGO *et al*, 2011).

Embora o abuso infantil seja um tema frequentemente estudado, não há um número expressivo de material publicado que se propõe a pesquisar esse tema a partir da linha teórica da Gestalt-terapia. Esse é um dos motivos que justifica o objetivo dessa pesquisa, a saber, compreender elementos do desenvolvimento infantil a partir de um corpo violentado a luz da abordagem gestáltica. Assim o tema se torna relevante para reconhecimento das formas criativas do self de uma criança, quando esta passa por uma situação de abuso e ainda, sugerindo maneiras como esse corpo pode voltar ao equilíbrio, e obter um desenvolvimento saudável. Para cumprir tal objetivo, essa é uma pesquisa bibliográfica de carácter analítico documental com delineamento qualitativo.

GESTALT-TERAPIA: TEORIA DO SELF, FUNDAMENTOS E BASES EPISTEMOLÓGICAS

Considerando o desenvolvimento humano como um processo contínuo, a abordagem gestáltica traz uma visão do homem como um ser holístico – relação no qual o homem e o mundo constituem um ao outro – com a busca de sua potencialidade criativa e de sua plena consciência – awareness – com fim de alcançar o equilíbrio de seu organismo (SOUZA, 2016).

De acordo com Antony (2007), quando se fala em desenvolvimento infantil a Gestalt-Terapia não compreende tal aspecto como a maioria das teorias psicológicas, as quais categorizam o desenvolvimento humano em estágios e fases que remetem a uma hierarquização do processo de crescimento. As bases epistemológicas que constituem a Gestalt-terapia contribuem para a compreensão do ser, a partir da autorregulação orgânica, do ajustamento criativo do self, da noção de contato, de uma visão de homem com potencialidades.

Para a Gestalt-terapia, o self é caracterizado como um sistema de contatos dinâmico que engloba uma gama de experiências, sensações e necessidades que se apresentam na relação entre o organismo e o meio. Na fronteira de contato, o self precisa ajustar-se criativamente diante das demandas advindas do meio (GIMBO, 2021). De acordo com Perls, Hefferline e Goodman (1997):

O self não é um lugar fixo na psique humana, mas existe no momento em que acontece uma interação na fronteira. Assim, em situações de contato, o self é a força que forma a gestalt no campo; ou melhor, o self é o processo figura/fundo em situações de contato (PERLS, HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, [1951], p. 180).

Nessa direção, para os autores o self é um sistema de contatos, que de forma didática, seu funcionamento pode ser analisado a partir de três funções distintas, as quais seriam apenas três dimensões diferentes do self em funcionamento, a saber: função id, função de ato/ego e função personalidade. Compreendendo a função id como um fundo cheio de possibilidades que não se localiza no tempo e espaço e que retém consigo hábitos, afetos, formas linguageiras, necessidades vitais, comportamentos automáticos do corpo e situações inacabadas. A função ego ou corpo diz a respeito das ações do indivíduo de forma ativa e sua motricidade, que busca satisfazer suas necessidades e responder ao meio ou em aumentar ou diminuir o contato, sendo um movimento do indivíduo, a partir de um passado em a favor do futuro. E por fim, a função personalidade fala sobre as representações sociais estabelecidas pelo indivíduo, que denota sobre seu autoconceito e sobre quem é, a qual atribui ao sujeito um senso de identidade (POPPA, 2013; PERLS, HEFFERLINE; GOODMAN, 1997; MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012).

Nessa dinâmica do self, a abordagem gestáltica entende o conceito de contato a partir da noção da relação existente entre o indivíduo e o meio, assim “o contato acontece entre duas realidades que estejam disponíveis para o encontro, e quando o contato acontece um altera a natureza do outro: podendo ocorrer de mim para comigo mesmo e de mim para com o outro” (SOUZA, 2016, p. 32). De acordo com Frazão e Fukumitsu (2014) o campo é o “lugar” onde se estabelece a necessidade do indivíduo em seus sentidos de ter um objeto e ambiente que se integrem. Assim, compreendido como um espaço vital/emocional e/ou geográfico. Nessa direção, a noção de contato firma-se na interação do organismo/meio em um campo. Essencialmente, essa interação acontece naquilo que se denomina de fronteira de contato, a saber um campo de vividos que se estabelece na relação organismo/meio, que não é obrigatoriamente um espaço físico, mas sim um campo (PERLS, HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

No que tange a compreensão do conceito de autorregulação advinda da teoria organísmica de Kurt Goldstein, tal ideia possibilita a compreensão de uma visão do indivíduo como um todo, um organismo em processo de regular-se e que para isso, busca a todo instante o equilíbrio. Desta maneira, o indivíduo interage com o meio a fim de encontrar nele formas de suprir suas necessidades, a saber, sua autorrealização (SOUZA, 2016). Quando há uma necessidade percebida pelo organismo e esta não é satisfeita, passa a existir uma perturbação do equilíbrio de uma pessoa até que seja realizado aquilo que ela necessita. Desta forma, “podemos dizer que esta situação agora está “fechada”, e a próxima situação inacabada pode acontecer, o que quer dizer que nossa vida nada mais é do que um número infinito de situações não terminadas, gestalten incompletas. Logo que acabamos, surge outra” (PERLS, 1977, p. 32 *apud* SOUZA 2016, p. 28).

Nessa direção, na busca de manter o equilíbrio homeostático e de atender suas necessidades, o self cria um ajustamento criativo. Tal conceito, propõe uma forma na qual o organismo atua quando o meio não consegue atender às suas necessidades. E em conformidade com Souza (2016), o self se ajusta de forma criativa para conseguir suprir suas necessidades, modificando aquilo que precisa para se tornar coerente com as possibilidades do meio em que está.

Logo, essa dinâmica do sistema self, demonstra a capacidade criadora do indivíduo, que interage de forma ativa com o meio para suprir o que lhe é necessário. E desta maneira, alcançar o equilíbrio e saúde de seu organismo. Conforme Poppa (2013):

O ajustamento criativo é o processo que leva as necessidades do organismo e os elementos do ambiente a interagir. Nessa perspectiva, percebe-se, novamente, que as necessidades estão em uma relação imediata e de forma indissociável com o ambiente (POPPA, 2013, p. 35).

Corroborando com essa ideia, Frazão e Fukumitsu (2014) afirmam que o ajustamento criativo demonstra que a realidade é plausível de mudanças e existem diversas formas de recriá-la e transformá-la de acordo com a capacidade potenciadora para criar que um indivíduo possui. Partindo da perspectiva de contato, entende-se que é na dinâmica organismo/ambiente no contato que um corpo se autorregula e atua criativamente, e é neste lugar que acontece a awareness de um indivíduo.

A tradução da palavra “awareness”, na literalidade é “consciência”, mas não uma consciência que se baseia em conhecimentos e lógica, como uma das funções psíquicas. Ou seja, a consciência é concebida como um fluxo de experiências aqui-agora, que parte do excitação advindo do campo e promove a formação de uma Gestalt. Sendo assim, um processo de consciência a partir da dinâmica pessoa/mundo, integrando as dimensões sensorio motora que predomina no sensorio o sentir e no motor o transformar. Dessa forma, a awareness é uma “consciência fenomenológica” para explicar a experiência do sentir, pensar e agir de forma integrada e fluida, própria do self de cada um (FRAZÃO; FUKUMITSU, 2014).

O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UMA LEITURA GESTÁLTICA DA TEORIA DO SELF

Para a abordagem gestáltica, o processo de subjetivação ocorre na relação, no contato. Assim como o processo de desenvolvimento infantil, ocorre na fronteira de contato, a partir da noção da criança como um ser em totalidade, singular e integrada, em uma relação com o meio e consigo mesma. Logo, a criança deve ser vista além de partes isoladas, como mente e corpo, mas como um ser total, considerando que se um aspecto

da vida for afetado, todo o funcionamento do sistema self de uma criança também será comprometido. Além de ser unificado e global, a abordagem gestáltica, vê o indivíduo como um ser relacional, cuja base de sua singularidade é constituída na dinâmica mundo-outro, que se estabelece como um processo contínuo em transformação, tornando-se o ser humano um constante vir a ser. Na infância, o processo de desenvolvimento é visto de forma mais intensa, rítmica e desafiante para ajustar-se criativamente e autorregular-se diante das demandas do contato (SOUZA, 2016).

A Gestalt-terapia parte de um princípio do qual o indivíduo é um ser que busca pela autorregulação, isto é, a busca do organismo para o equilíbrio, autorrealização e satisfação de suas necessidades – em interação com o meio – não apenas vindas de si, mas para suprir necessidades advindas do campo no qual está inserido, considerando a relação intersubjetiva com o meio. Desta forma, encontra-se na criança uma capacidade potenciadora para criar, ou seja, sua habilidade em interagir de forma ativa com o meio a fim de suprir suas necessidades. Quando o meio não está hábil a atender o necessário, para manter a homeostase, o corpo adapta através de um ajustamento criativo aquilo que ele precisa para ser provido coerentemente com o que meio oferece (SOUZA, 2016).

Por mais que o processo de desenvolvimento seja contínuo na vida de um sujeito devido a constante autorregulação, compreende-se que durante a infância os processos se tornam mais acelerados, exigindo do infante diversos ajustamentos criativos (LÍRIO, 2021). Quando nasce, entende-se que até por volta dos seis meses, por mais que o bebê esteja em um processo no qual suas percepções externas e internas não estão estabilizadas totalmente, percebe-se a existência de sinais de socialização que o impulsionam a ajustar-se criativamente para responder ao meio e mesmo que não tenha em sua função id um fundo de vividos estabelecido.

Segundo os mesmos autores, não há uma afirmação sobre o bebê discernir aquilo que é seu e aquilo que é do outro, mas observa-se que, em seus primeiros meses de vida, existe um afetamento das demandas que lhe são colocadas e que na troca entre o seu corpo e o corpo do outro, tal como os olhares, toques e aquilo que ele escuta e observa, há uma resposta do bebê em uma forma de reprodução daquilo que ele vê. Enfatizando deste modo sua inclusão no mundo. Nesta linha de pensamento, as demandas

impostas, além daquilo que o bebê consegue responder, provoca nele a necessidade de se ajustar criativamente em sua função de ato para corresponder o que o meio lhe solicita, como o choro quando é exposto a fome, a dor ou a algum barulho, ou seja, situações que exigem respostas que estão além do que sua idade pode corresponder (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012).

Posteriormente, inicia aquilo que se denomina primeira infância, vista entre os seis primeiros meses de vida até um ano, momento no qual a criança passa a perceber mais sobre si e dos novos hábitos que são adquiridos e que de acordo com Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2012),

A criança começa a viver a autodoação de hábitos motores de toda ordem, os quais constituem a primeira aparição daquilo que chamamos de “excitamento disponível” ou “função id”. Trata-se, em verdade, da primeira manifestação do mundo intersubjetivo não mais como dado de realidade, mas como outrem, fundo de orientação sensorial ou awareness sensorial. Há agora, para a criança (como função de ato), uma espontaneidade que se impõe não mais com bases nas demandas na realidade, e sim de uma inaturalidade sobre a qual nem ela nem ninguém tem controle (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012, p. 227).

Corroborando com essa ideia, Antony (2012) descreve que as novas percepções vivenciadas pelo bebê são sentidas como experimentações advindas dos estímulos do meio que promovem em seu corpo sensações e afetamentos que contribuem na formação de suas lembranças corporais, moldando suas primeiras experiências emocionais.

Caminhando para uma segunda etapa da primeira infância, por volta de seus dezoito meses, observa-se que as amplificações dos processos de socialização avançam para novas formas de se expressar – como as tentativas de falar, o balbucio. Agora, além de hábitos motores, essas formas constituem um fundo de excitamentos que expandem a função id a serviço do outro social. Esta manifestação ocorre sem a necessidade de ensaiar os movimentos de fala ou gestos, apenas emergem de seu fundo de vividos e esse linguajar que se torna espontâneo passa a evidenciar a transição da criança para um lugar de compreensão daquilo que o outro diz e expressa. Destacando uma participação ativa da criança com o outro

social e sua autonomia enquanto função ato, a saber a função id (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012).

Ainda, segundo os mesmos autores, até a segunda infância, há a necessidade do outro na confirmação do eu social da criança, que por meio de suas novas habilidades responde aos estímulos vindos do ambiente. A partir do terceiro ano de idade, o infante deixa de atribuir seus pensamentos e ações em função do outro, e começa a vivenciar sua função personalidade de modo a se ver agindo em seu papel social no mundo, não mais vivido como um papel passivo nas suas representações sociais, que antes eram estabelecidas por alguém que lhe auxiliasse nesse papel. Mas agora passa a tomar suas decisões de forma ativa e autônoma. Assim, após os três anos, observa-se a aparição de angústias, as quais a criança não consegue identificar, o que a leva a assumir uma postura hostil diante daquilo que ela não sabe definir em suas relações sociais e a responsabilizar o outro que a cuida, como função de minimizar essas angústias. Essas formas de contato, podem ser compreendidas como as primeiras manifestações da função de ato ou ego, produzindo ajustamentos evitativos ou neuróticos, ou seja, a criança cria ajustamentos que coloca a responsabilização do outro sobre suas ações.

Avançando dos cinco anos aos nove, a criança começa a vivenciar de forma mais profunda laços com seus cuidadores, pois neste momento o infante sente em seu corpo diversas ansiedades ocasionadas pelo outro social e passa a procurar auxílio daqueles que a cuidam para que poder ter um alívio das angústias vivenciadas. Neste momento considera-se que há um esgotamento do vínculo do cuidador com a criança, já que este se sente manipulado, começando a perca do interesse do vínculo entre ambos, o que leva o infante a busca de novas relações afetivas em busca da diminuição de suas ansiedades.

Dessa forma, Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2012) propõem uma gênese do desenvolvimento do self, a partir de uma leitura fenomenológica do campo de vividos, a saber o sistema self. Nessa direção os autores não sugerem uma teoria do desenvolvimento infantil baseado em estágios ou desenvolvimento psicosexual e sim na compreensão de uma intersubjetividade constituída a partir da relação organismo/meio no

contato. É intersubjetivo na perspectiva do campo de contatos no aqui-agora em um presente, orientado pelo passado que abre aberturas de futuro.

A VIVÊNCIA DE UMA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA: A LUZ DA ABORDAGEM GESTÁLTICA

O abuso sexual infantil caracteriza-se como um ato permeado de violência, no qual a criança é encontrada em uma relação de poder com um adulto ou alguém com desenvolvimento psicosssexual acima de um infante, e dentro desse vínculo, ela é utilizada como um objeto único para satisfação sexual, sendo um ato que pode acontecer envolvendo carícias, penetração ou não, toque nas genitálias etc., ocasionando na criança impactos profundos em seu desenvolvimento biopsicossocial (FÉRRER, 2019).

Segundo Junqueira (2019) o abuso sexual infantil está presente em um contexto em que aquilo que se conhece como relacionamento entre criança e adultos é apresentada de uma maneira deturpada, ocasionando futuras problemáticas em áreas afetivas, sexuais, sociais e biológicas da criança. A violação sofrida pelo infante afeta seu corpo de forma instantânea e aquilo que lhe é sentido, torna-se parte de seu fundo de experiência, retida como inatualidades e ainda reverbera como função de ato secundária.

Na perspectiva da Gestalt-terapia, o self da criança constantemente busca o equilíbrio e a adaptação aos afetamentos. Quando essa criança passa por um episódio de violência ocorre uma interrupção do fluxo de contatos, ou seja, o corpo vive uma retração muscular e produz diversas fantasias a respeito da experiência vivida, a qual fará parte de um fundo de vividos de uma situação inacabada. Na presença esporádica ou continuada do evento de violências, várias experiências serão assimiladas como situações inacabadas. Assim, o fundo de vividos, das situações inacabadas passam a orientar a motricidade do corpo ou função de ato/ego, o qual agora age por uma fisiologia secundária. O corpo cria formas evitativas como uma possibilidade de estar ou manter o contato. Porém na fisiologia secundário o corpo não reage de forma espontânea na fronteira de contato. Agora esse corpo passa a ter comportamentos, falas, hábitos que servem como possibilidade de evitar as fantasias e o sofrimento que voltam como orientação para o contato no aqui-agora. Como forma de não acessar a situação inacabada as quais produzem ansiedade, o self

produzirá ajustamentos criativos para que a criança lide com o contato (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012).

Compreendendo que o indivíduo é um todo unificado, quando algo viola sua fronteira ele passa a ser afetado totalmente. Segundo Lírio (2021) esse corpo que era unificado passa a ser um objeto de dor e sofrimento, conduzindo a criança a tentar evitar contato com pensamentos negativos sobre si e fantasias produzidas da relação com os outros – pai, mãe, família, amigos – como uma forma de se proteger dessas angústias, ocorrendo desta forma a interrupção do fluxo de awareness motora e reflexiva. Nessa situação, na tentativa de defender-se de seus temores e fantasias, a criança passa a agir de forma interrompida, ou seja, a partir de um bloqueio do sistema de contatos com seus sentimentos e anseios, no campo. Isso pode resultar na criação de sintomas de ordem diversas, tais como: cognitiva - falta de atenção, falha na memória e lentidão dos pensamentos - e de ordem psicológica, como transtornos, depressão, fobias, comportamentos disfuncionais etc. De acordo com Cogo et al (2011):

As alterações cognitivas podem incluir: baixa concentração e atenção, dissociação, refúgio na fantasia, baixo rendimento escolar e crenças distorcidas. Tais crenças revelam-se pela percepção de culpa pelo abuso, diferença em relação aos seus pares, desconfiança e percepção de inferioridade e inadequação. As alterações emocionais referem-se aos sentimentos de medo, vergonha, culpa, ansiedade, tristeza, raiva e irritabilidade. Entre as alterações comportamentais destacam-se: conduta hipersexualizada, abuso de substâncias, fugas do lar, furtos, isolamento social, agressividade, mudanças nos padrões de sono e alimentação e comportamentos autodestrutivos, tais como se machucar (COGO et al, 2011, p. 133).

Assim, a criação de sintomas sinaliza, um sistema de contatos interrompido, após a vivência da violência. As alterações cognitivas, emocionais, comportamentais não são compreendidas como doença ou transtornos que devem ser curados e sim como sintomas que o self cria na função de buscar no meio uma maneira de satisfazer uma necessidade, que outrora o corpo não conseguiu retornar para um equilíbrio homeostático. Ainda que esses sintomas sejam produções disfuncionais, ainda sim são tentativas do self de buscar a autorregulação. Segundo Lírio (2019), a Gestalt-terapia

não define esses sintomas como uma problemática do corpo que visa ser curada, mas percebe tais sinais como uma maneira criativa pelo qual o indivíduo tenta lidar com a dor vivenciada em seu corpo.

Segundo Catanni (2008), a criança que sofreu uma violência passa a ter comportamentos que possibilitam identificar que ela passou por traumas de abuso, e que é possível observar comportamentos que denunciam esses traumas, tais como: o infante passa a querer distanciar-se de quem a violou, podendo até mesmo urinar e defecar na calça ou privar-se de cuidados higiênicos. Segundo a autora, é possível visualizar em desenhos, nas suas histórias e em seu brincar “temas sexuais em demasia, distúrbios de conduta, comportamento autodestrutivo, machucando-se a si mesma, mudanças nos padrões de sono e alimentação, entre outros” (CATANNI, 2008, p. 22 *apud* Sanderson, 2005, p. 213).

A experiência de violência vivenciada pelo infante ocorre no contato, mais especificamente, em um campo de trocas intersubjetivas, no qual a relação eu-mundo é constituída. Diante deste fato, observa-se que o contato acontece em um limite denominado de fronteira do contato, “espaço” no qual o contato pode ser favorecido, dificultado ou impedido, protegendo e delimitando como a criança vivenciará determinados eventos psicológicos. Quando a criança passa por uma violência, a percepção dela sobre o contato é de risco e medo, reestruturando na fronteira uma rigidez do organismo para as relações (LÍRIO, 2019).

Segundo Gimbo (2021) a violência sexual afeta a criança, inclusive na representação social e a forma como identifica-se no mundo, impondo a ela vergonha e um sentimento de ser apenas um objeto utilizado para o prazer de outro, e neste lugar a vítima tende a culpabilizar a si pelo ato sexual sofrido. A função personalidade também fica vulnerável diante da representação social de bom (a) filho (a), bom (a) amigo (a), e outras a serem destacadas, quando a criança sente que não corresponde a esses papéis socialmente descritos como certos/errados, bom/mal, de honra/desonra. Catanni (2008) descreve sobre os sentimentos advindos da violação sofrida em seu corpo como sendo de medo, vergonha e culpa. Quando a criança percebe que aconteceu o abuso, contar para alguém sobre o que ocorreu torna-se difícil, tendo em vista que o infante tenta de alguma forma se proteger sozinho do fato ocorrido, o que faz com que as vezes,

a revelação de um abuso sexual aconteça somente na vida adulta. Sem o cuidado necessário e uma rede de apoio, a criança tende a reviver e recordar os episódios de abuso, ocasionando sentimento de insegurança.

Sendo assim, cabe ao Gestalt-terapeuta acompanhar o infante e ajudá-lo na criação de novas formas do sistema self na fronteira de contato, na tentativa de promover a integração da awareness, do sentir, do excitação e da formação de representações sociais. Isso posto, para Cattani (2008) é extrema importância um atendimento psicológico baseado na singularidade da criança como um todo dotado de sentido, considerando que o ato da violência sexual não pode ser generalizado, haja vista que cada infante teve uma experiência diferente, com um período de ocorrência divergente uns dos outros, tal como as consequências emocionais, físicas e relacionais que para cada um, é sentido de uma forma. Conforme a criança passa a sentir-se segura no contato com o psicoterapeuta, Ferrer (2019) descreve que a intenção é que, a psicoterapia, seja um lugar onde os sentimentos da criança possam vir à tona, promovendo uma integração do fluxo de awareness sensorial, motora e reflexiva. Por fim, em um contexto de abuso infantil, cabe ao psicólogo proporcionar um ambiente de escuta seguro e de respeito a história, corpo e sentimento da criança, deixando-a à vontade para relatar sua dor, à medida que o contato for estabelecido (COGO *et al*, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva da Gestalt-Terapia, compreende-se a criança como um todo dotado de sentido e um ser singular, cujo desenvolvimento e a constituição da subjetividade acontecem a partir das relações e nas relações, ou seja, intersubjetivamente. Quando uma criança tem seu corpo violentado, a experiência de violência torna-se parte de seu fundo de vividos, e aquilo que é sentido em seu corpo e retorna na forma de situações inacabada. Pois, a partir do momento em que o infante tem seu corpo violentado, o fluxo de vividos fica interrompido, ocasionando em sua fronteira de contato uma dificuldade na sua relação pessoa-mundo.

Desta forma, a violação sexual ocasiona diversos prejuízos no desenvolvimento, de forma global, haja vista que o crescimento acontece no contato, pois é na troca com o outro que a criança é transformada, e

nesta dinâmica acontece a busca pela satisfação de suas demandas, isto é, o equilíbrio de seu organismo. Quando o meio não oferece recursos necessários para a satisfação das necessidades, seu corpo age de forma criativa para conseguir supri-las. Ao acontecer o abuso sexual, o infante ajusta-se criativamente, mesmo que de forma disfuncional, produzindo uma diversidade de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais.

Logo, entende-se que a atuação do Gestalt-terapeuta com uma criança vítima de abuso sexual baseia-se em compreender a singularidade da experiência vivenciada por cada infante, bem como a importância de proporcionar um ambiente seguro para que o contato que um dia foi visto como de risco, passe a ser um lugar de troca em que exista respeito e cuidado. Dessa forma busca-se na psicoterapia promover um espaço seguro, no qual a criança possa criar novos ajustamentos criativos, ampliando as possibilidades de estar no contato no aqui-agora. De forma que a intervenção não busque resgatar no passado a cena do trauma, mas sim permitir trabalhar com os excitamentos e situações inacabadas que se atualizam no corpo do infante no aqui e agora. Dessa forma um fluxo de awareness pode se abrir como novas possibilidade de criação e ajustamentos criativos, na fronteira de contato, orientando a criança a estar nas relações de forma mais integrada no seu sentir, pensar e agir diante do outro social.

Por fim, cabe sinalizar as limitações dessa pesquisa ao ter sua análise a partir de um número reduzido de artigos. Fato que ao mesmo tempo sinaliza a baixa produção na área da Gestalt- Terapia sobre a temática estudada. Consideramos que essa pesquisa pode contribuir com a comunidade científica e ainda com a área da Psicologia do desenvolvimento e ainda do campo de atuação da Psicologia clínica, ao sinalizar de forma organizada e pontual aspectos da abordagem gestáltica sobre o desenvolvimento do self na infância e ainda, de um corpo violentado na infância.

REFERÊNCIAS

ANTONY, S. A criança em desenvolvimento no mundo: um olhar gestáltico. **IGT Na Rede**, v.3, n.4, 2007.

CATANNI, L. S. **O fenômeno da violência sexual sob a ótica da gestalt-terapia: princípios básicos**. Especialização em Gestalt-Terapia. Centro de Desenvolvimento Especialização e Aperfeiçoamento em Gestalt Terapia. Florianópolis. 2008.

COGO, K. S.; MAHL, Á. C.; OLIVEIRA, L. A.; HOCH, V. A.; BATTISTI, P. Consequências psicológicas do abuso sexual infantil. **Unoesc & Ciência**, v. 2, n. 2, p. 130-139, 2011.

FÉRRER, R. M. S. **O processo psicoterapêutico com pacientes vítimas de violência sexual infantil sob a ótica da gestalt-terapia**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Centro Universitário Doutor Leão Sampaio. Juazeiro do Norte, 2019.

FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **Gestalt Terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014.

GIMBO, L. M. Violência contra a mulher: vitimização secundária e Gestalt-Terapia. **Revista IGT na Rede**, v. 18, n. 35, p. 211 – 212, 2021.

JUNQUEIRA, M. **Repercussões do abuso sexual infantil: um corpo invadido e uma existência ferida**. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação). Pontifícia Universidade de Católica de Goiás. Goiânia. 2019.

LÍRIO, L. P. **Abuso sexual infantil na perspectiva da gestalt terapia**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte. 2021.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. **Clínicas gestálticas: sentido ético, político e antropológico da teoria do self**. São Paulo: Summus, 2012.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência e Saúde coletiva**, n.21, v.3, 2016.

PERLS, F.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

POPPA, C. C. **O processo de crescimento em Gestalt - terapia: um diálogo com a teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Mestrado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2013.

SOUZA, L. V. **O Desenvolvimento infantil e a influência da família neste processo: uma reflexão à luz da gestalt-terapia**. Monografia. Universidade Federal Fluminense. Rio das Ostras, 2016.

“RAPUNZEL, RAPUNZEL, JOGUE SUAS TRANÇAS!”: ESTUDO DE CASO SOBRE UMA RELAÇÃO FUSIONAL ENTRE MÃE E FILHA

Newton Gabriel de Andrade Bervian¹

Ana Carolina Tomé Ecco²

Karine Waldow³

O conto de *Rapunzel*, registrado pelos Irmãos Grimm (2019), é uma narrativa simbólica que conta sobre as complexidades de uma relação fusional entre mãe e filha. Este estudo tomou essa narrativa como ponto de partida para analisar um caso de relacionamento mãe-filha marcado pela fusão psíquica, acompanhada em atendimentos psicoterapêuticos de orientação psicanalítica realizados em uma clínica-escola de psicologia por estagiárias do curso. A escolha do conto partiu de um *insight* feito pela filha, que, durante uma sessão, associou livremente sua vivência à história de *Rapunzel*.

O conto de Rapunzel ilustra a ambiguidade da relação fusional mãe-filha: ao mesmo tempo em que protege, a mãe também aprisiona. A bruxa, ao enclausurar Rapunzel e controlá-la, usava de suas tranças para se vincular a filha, como também como mediação e acesso entre Rapunzel e o mundo. As tranças, nesse contexto, funcionavam como um cordão umbilical metafórico, representando a continuidade dos corpos (Corso; Corso, 2006).

Durante a sessão em que o conto foi mencionado, a menina usou a palavra *presa* para descrever seu sentimento na relação com a mãe, onde escancarou-se como a relação materno-filial mantinha limites difusos entre proteção e posse. Além disso, essa fusão se evidenciou no fato de a mãe optar por atendimentos simultâneos aos da filha, apontando para uma

¹ Mestre em Biociências e Saúde (UNIOESTE). Docente (UNOESC). Psicólogo.
CV: <http://lattes.cnpq.br/6490318568839866>

² Psicóloga (UNOESC). CV: <http://lattes.cnpq.br/8223419266883350>

³ Psicóloga (UNOESC). CV: <http://lattes.cnpq.br/6304771308724176>

perpetuação de continuidade simbólica: a filha, assim como Rapunzel, só poderia *acessar* seu mundo psíquico a partir da presença – entre paredes – e controle da mãe.

Corso e Corso (2006, p. 66) observam que o pecado de Rapunzel é “o de incluir alguém mais, o príncipe, em uma relação que deveria ser completa, na qual mãe e filha se bastassem”. No caso clínico aqui apresentado, esse *príncipe* simbolizava qualquer elemento externo que ameaçasse o vínculo exclusivo entre mãe e filha. Em contrapartida, a mãe encarando a ameaça como uma afronta pessoal, utilizava da relação como espaço para reafirmar sua posição de mãe-controle. Ambas desejavam e temiam o rompimento de seu vínculo.

Diante desse contexto, este estudo se propôs a compreender como a relação fusional entre mãe e filha se manifestou no *setting* analítico. Para tanto, buscou-se investigar os mecanismos de identificação e identificação projetiva com base na teoria de Freud e Melanie Klein, analisando como estes impactaram o desenvolvimento da autonomia de ambas durante o processo psicoterapêutico. Por fim, pretendeu-se discutir de que maneira a psicoterapia poderia auxiliar na elaboração psíquica da fusão mencionada, possibilitando uma transição de mãe-filha-um para mãe-filha-dois.

A dificuldade de separação evidenciada no caso clínico remetia ao conceito de simbiose. Na psicanálise ela é entendida como uma etapa fundamental no processo de desenvolvimento do psiquismo. Segundo Margaret Mahler (1971), trata-se de um período no qual o bebê vive em fusão emocional com a figura materna e é incapaz de diferenciar entre si mesmo e o outro. Essa etapa é necessária e estruturante, mas, quando persistir além do necessário, pode se tornar patogênica, caracterizando-se pela incapacidade de separação e do estabelecimento de uma identidade autônoma (Zimerman, 2008).

Este estudo utilizou conceitos psicanalíticos, como identificação, complexo de Édipo e identificação projetiva, para compreender os mecanismos inconscientes da relação fusional entre mãe e filha e os desafios da diferenciação. Freud (1921) descreve a identificação como forma primária de ligação afetiva com outra pessoa. Diretamente relacionada à fase oral

do desenvolvimento, é caracterizada pela incorporação do objeto segundo o modelo canibalesco, onde o bebê busca internalizá-lo como uma forma de posse absoluta, destruindo-o simbolicamente para assimilá-lo totalmente. Nesse período, ainda não há diferenciação entre *ser* e *ter* o objeto materno (Roudinesco, 1980). Tal identificação inicial sustenta o vínculo simbiótico, servindo como base para a transição ao complexo de Édipo.

Já a projeção, conceito introduzido por Freud e Breuer (1893-1895), refere-se a um mecanismo da paranoia em que o sujeito se transfere para outra pessoa ou objeto desejado que lhe pertença, mas cuja origem desconhece, atribuindo-os a uma alteridade externa. Partindo desse conceito, Melanie Klein, em 1946, desenvolveu uma noção de identificação projetiva, que descreveu como um tipo específico de projeção e identificação. Segundo Klein (1946), a identificação projetiva ocorre quando o sujeito introduz aspectos de si mesmo no objeto com a intenção de controlá-lo ou prejudicá-lo.

Na situação analítica, a simbiose pode ser reativada na transferência, manifestando-se por meio da troca de identificações projetivas, que inicialmente se misturam aos conteúdos emocionais de ambos. No momento do *insight*, quando ocorre a interpretação, essa fusão simbiótica é desfeita, e analista e paciente se reposicionam em seus papéis individuais. Essa dinâmica é descrita como uma recriação simbólica do triângulo edípico no cenário terapêutico. As funções materna (acolhimento) e paterna (discriminação e estabelecimento de limites) se alternam, permitindo que o paciente experimente e elabore aspectos primitivos de sua psique (Eizirik *et al.*, 2015).

Quando o paciente busca inconscientemente reviver a relação simbiótica e restaurar a fusão emocional primitiva em seu processo com o analista, como forma de lidar com aspectos não resolvidos dessa dinâmica, o papel do analista é facilitar o processo de *dessimbiose*, promovendo a diferenciação entre o eu do paciente e o outro. Essa intervenção é revelada ao papel do pai no desenvolvimento infantil, que rompe a díade simbiótica entre mãe e filho, permitindo à criança ingressar no triângulo edípico e avançar no processo de separação (Zimerman, 2008). Assim, o processo

psicoterapêutico possibilita o reconhecimento e a transformação dos vínculos simbióticos, permitindo que o paciente avance na direção a uma maior independência.⁴ A prática psicoterapêutica de orientação psicanalítica, nesse contexto, visa reconhecer e transformar os vínculos simbióticos, conduzindo o paciente ao processo de individuação (Eizirik et al., 2015).

Bleger (1967/2001 *apud* Chatelard; Cerqueira, 2015) conceitua a fusão relacional como uma dependência marcada por uma relação narcísica de objeto, mediada por projeções e introjeções recíprocas. Essa fusão é caracterizada por uma complementaridade interdependente entre os envolvidos – mãe e filha, neste caso. Como observam Corso e Corso (2006, p. 68), o amor simbiótico é um espaço fechado, onde a única saída parece ser uma ruptura abrupta e dolorosa, como “ser jogado, defenestrado, para fora do continente materno, externo ao qual a mãe supõe que espera apenas o vazio”.

MÉTODO

Este estudo de caso analisou a relação fusional entre mãe e filha no contexto psicoterapêutico, utilizando uma vinheta clínica (Galante *et al.*, 2003) fundamentada nas teorias psicanalíticas de Freud e Melanie Klein. A abordagem qualitativa foi escolhida para aprofundar a compreensão dos mecanismos psíquicos envolvidos (Gil, 2002).

Para tanto, foram analisados os registros documentais elaborados pelas estagiárias, revisados e aprovados pelo professor supervisor, em conformidade com as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019).⁵ O estudo foi conduzido na Clínica Escola de Psicologia da UNOESC (Universidade do Oeste de Santa Catarina), seguindo rigorosamente as normas éticas, especialmente a Resolução n.º 466 do Conselho Nacional

⁴ Ao perceber que o analista possui uma vida autônoma e distinta, o paciente pode sentir frustração, acompanhado de ódio e inveja. Essas afecções são desencadeadas pela constatação de sua própria dependência e pela impossibilidade de fusão contínua. O analista, por sua vez, deve evitar identificar-se com os aspectos destrutivos ou o superego patológico do paciente. Essa postura promove um espaço seguro para que as vivências sejam elaboradas sem que ambas as partes se sintam aniquiladas (Eizirik *et al.*, 2015).

⁵ Após o término de cada sessão, foi elaborado um registro documental por escrito, o qual foi armazenado em uma plataforma de prontuários eletrônicos contratada pela Universidade, destinada ao uso dos estudantes em estágio na clínica da instituição.

de Saúde (CNS). O Serviço de Atendimento Psicológico (SAP), vinculado à universidade, é uma clínica escola de natureza social que oferece atendimento psicológico gratuito à comunidade. Os atendimentos são realizados presencialmente por acadêmicos a partir do nono semestre do curso de Psicologia.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pela mãe, responsável pela filha menor de idade, autorizando a utilização dos registros de ambas em estudos. Para preservar o sigilo, foram adotados nomes fictícios: Bunny e Angélica, inspirados no desenho animado *Rugrats: os anjinhos*, em que a dinâmica entre mãe e filha apresenta características semelhantes às investigadas no caso.

DISCUSSÃO DO CASO

Partindo da complexidade do caso, principalmente por ser conduzido por estagiárias, surgiu a seguinte pergunta: *como, no processo terapêutico de orientação psicanalítica, é possível contribuir para que duas pessoas – mãe e filha – fusionadas se tornem sujeitos separados?* Assim como no conto de Rapunzel, onde a torre representa um espaço de proteção e aprisionamento simultaneamente, a relação entre Bunny e Angélica se estrutura em uma fusão simbiótica que impede a individualização.

MÃE-FILHA

O primeiro contato de Bunny com a clínica de psicologia ocorreu por telefone, com o objetivo de agendar sessões de psicoterapia para sua filha mais velha, Angélica. A primeira sessão foi marcada e, inicialmente, realizada com a mãe, seguida da escuta da filha. Durante essa sessão, apresentou-se a possibilidade de Bunny também receber acompanhamento psicológico, e iniciou o tratamento duas semanas após.

Já no processo psicoterapêutico, Bunny, 34 anos, apresentou-se como uma mulher cisgênero, que trabalhava como profissional do sexo, oferecendo serviços exclusivamente para homens. Residia com suas duas filhas, fruto de relacionamentos distintos. Aos nove anos, foi vítima de

abuso sexual. Sua família, composta por cinco mulheres, compartilhava um histórico de violência sexual, todas marcadas pela ausência de amparo ou defesa familiar.

Angélica foi fruto do primeiro relacionamento formal da mãe, que foi marcado por violência, abusos e estupro. Segundo a mãe, o sofrimento de Angélica começou ainda durante a gestação. A menina veio à clínica apresentando ideação suicida e automutilação, advindas de abusos sexuais cometidos por homens e da postura controladora, inconstante e agressiva da mãe. A queixa principal de Angélica era a sensação de solidão, desamparo e exposição de si feita pela mãe.

Angélica foi atendida em 16 sessões de uma hora cada no mesmo horário da mãe. Já Bunny, foi atendida por 12 sessões, visto que começou o tratamento depois da filha e faltou duas sessões⁶. Os atendimentos de ambas foram feitos por estagiárias do décimo período com base na abordagem psicanalítica e supervisão semanal de um psicólogo docente da instituição. A relação mãe-filha era o ponto-chave de todas as sessões, marcados por assuntos que se entrelaçavam: ora se contradizendo, ora se complementando, mas sempre seguindo em linhas paralelas. A queixa inicial apresentada pela mãe dizia respeito ao vínculo rompido e falta de conexão com sua filha, enquanto a filha manifestava não se sentir amada pela mãe.

“EU SOU SEU ESPELHO, MÃE”

Angélica apresentava uma constante confusão entre o eu e o outro. Durante o tratamento, identificou-se como pertencente ao sexo feminino e manifestou orientação homossexual, com interesse afetivo e sexual por meninas de idade próxima à sua. Nessas relações, projetava deliberadamente características que não reconhecia como suas – mas que possuía – misturando-se e fundindo-se simbolicamente com essas figuras. Paralelamente, Angélica recorria à identificação projetiva, manifestando o desejo de possuir essas meninas, o que se refletia em frequentes conflitos por ciúmes e tentativas de controle, revelando sua dificuldade em separar o desejo de

⁶ Em ambas, mesmo trazendo Angélica até a clínica, não compareceu à sua sessão.

identificação do impulso de possuir. Isso refletia seu desejo de se apropriar dessas características que não conseguia integrar em si mesma, Angélica mostrava-se psiquicamente fragmentada.

Essa dinâmica também se refletia na relação de Angélica com a mãe, aos quais afirmava não se identificar, nem em aspectos físicos, nem em personalidade. No entanto, ao renegar esse vínculo primário, Angélica perpetuava um movimento compensatório, no qual projetava para fora da relação mãe-filha a busca por um objeto substituto, um outro que fosse essencialmente diferente da mãe e, ao mesmo tempo, carregasse os atributos que desejava possuir.

Nos vínculos amorosos, essa dependência assumia um papel central: Angélica necessitava do outro como espelho, utilizando suas relações como um reflexo projetivo de sua identidade fragmentada. No entanto, ao recusar a mãe, paradoxalmente, acabava por reafirmá-la. Sua tentativa de diferenciação resultava na reprodução do vínculo primário, pois, ao ameaçar romper a fusão, gerava na mãe a necessidade de retomar o controle sobre ela. Assim, Angélica, ao buscar se afastar, terminava por se aprisionar ainda mais nesse reflexo, reproduzindo uma dinâmica especular em que a recusa da identificação se tornava, ironicamente, um reforço dessa identificação.⁷

No caso de Bunny, essa dinâmica se manifestava ao projetar na filha os aspectos mais dolorosos de sua própria identidade, perpetuando um ciclo de violência e submissão. Angélica, por sua vez, internaliza essa projeção, o que reforçava sua dificuldade em estabelecer um sentido próprio de identidade. Assim, a dinâmica de identificação projetiva de Angélica refletia não apenas um movimento de diferenciação – ou identificação às avessas –, mas também uma busca incessante por controle e autonomia, profundamente entrelaçada à presença simbólica da mãe.

⁷ Conforme delineado por Melanie Klein (1946), a identificação projetiva constitui um mecanismo psíquico em que o sujeito não apenas expulsa aspectos indesejáveis de si, mas também os projeta no objeto externo, numa tentativa de invasão, controle e manipulação deste. Esse processo, operando na dinâmica da posição esquizoparanóide, resulta em um esvaziamento do ego, pois, ao projetar conteúdos significativos de seu *self* no outro, o sujeito experimenta uma sensação de fragmentação e perda de integração interna.

Assim como Angélica, Bunny também revelava uma subjetividade profundamente fragmentada, cujas fissuras remontavam aos estupros sofridos na infância e adolescência. O tio, seu primeiro agressor, inaugurou um ciclo de violência que se perpetuou ao longo de sua trajetória. No *setting* terapêutico, Bunny expressou que a escolha pela prostituição constituía, em sua percepção, uma repetição das agressões vividas, justificando que, se fora capaz de suportar tais violências gratuitamente, poderia suportá-las agora mediante uma compensação financeira.

A compulsão à repetição, presente nesse relato, encontra respaldo nos estudos de Gabel (1997), que identificou, entre meninas vítimas de abuso sexual, uma tendência recorrente à reencenação do trauma, frequentemente manifestada em comportamentos sedutores. Em configurações mais extremas, essa repetição pode resultar no desenvolvimento de padrões comportamentais marcados por um gozo paradoxal da posição de objeto sexualizado, que, em determinados contextos, pode se expressar sob a forma de hipersexualidade, ninfomania ou até a prostituição. Tais fenômenos evidenciam a complexidade das estratégias psíquicas de manejo do trauma, nas quais a tentativa de domínio sobre o sofrimento inicial assume a forma de uma submissão paradoxal ao mesmo.

A identificação com o abusador e, por consequência, com a prostituição, representou uma tentativa de transformar o trauma em uma referência identitária: Bunny revivia, diariamente, o estupro do tio, convertendo sua história de violência em uma narrativa que pudesse restringir a angústia ao campo do familiar e do conhecido. No *setting* analítico, essa lógica repetitiva se manifestava de maneira evidente: Bunny, ao se referir à filha, utilizava expressões como “puta reclamona” e “puta preguiçosa”, projetando nela sua própria condição e, num ato falho, promovendo, inconscientemente, a transmissão desse mesmo destino.

Essa identificação projetiva, contudo, não se restringia ao plano simbólico: episódios concretos relatados por ambas evidenciam que Bunny, de maneira inconsciente, facilitava a exposição da filha a situações de violência sexual, colocando-a repetidamente em contextos de vulnerabilidade. A sequência era invariável: após cada episódio, Bunny registrava

boletins de ocorrência, experienciava culpa e reconhecia sua negligência tarde demais, perpetuando um ciclo no qual o trauma era denunciado, mas não interrompido.

A resposta de Bunny, sempre sob a justificativa de proteção, reproduzia a lógica da clausura: impunha à filha restrições severas, proibindo-a de usar roupas curtas ou sair de casa. Esse movimento remetia diretamente à sua própria experiência infantil, quando, ao relatar o estupro sofrido à mãe, recebeu como única resposta a ordem “vai para o quarto”. Assim, a repetição do trauma seguia um roteiro previsível: 1. Bunny, de forma inconsciente, expunha a filha à violência, replicando o ambiente de vulnerabilidade em que cresceu. 2. Angélica, por sua vez, internalizou essa dinâmica e, por um tempo, submeteu-se a ela sem resistência explícita. 3. Bunny denunciava a violência cometida contra a filha, como se, ao dar voz ao sofrimento da menina, pudesse encontrar alívio para sua própria dor silenciada. 4. Ambas permaneciam presas na relação fusional, reiterando o ciclo de identificação projetiva. O reflexo dessa repetição compulsiva tornou-se evidente quando em casa, diante da mãe, Angélica verbalizou o que era subentendido na relação entre ambas: “Eu sou seu espelho, mãe!”.

O AMOR NOS UNE

No dia em que vestia uma camiseta rasgada com os dizeres “o amor nos une”, Angélica verbalizou no *setting* uma síntese precisa da sua relação materna, descrevendo Bunny como uma “mãe financeira” – uma mãe que garantia sua subsistência material, mas não oferecia amor. No mesmo dia, Bunny, em sua psicoterapia, expressou ressentimento ao afirmar que a filha a comparou a um banco.⁸

O dinheiro assume um papel simbólico de afeto na relação mãe-filha, que se torna uma forma de compensar uma falta percebida: o falo. Aqui acontecia um impasse: a mãe se reconhecia como uma boa mãe quando oferecia recursos financeiros para a filha; a filha, por sua vez, não interpretava essa linguagem financeira como uma expressão de afeto e, por isso, retirava da mãe seu papel materno pessoal e a fazia objeto-banco.

⁸O Banco aqui pode ter duas conotações: banco financeiro, de onde se deposita e saca dinheiro, e banco onde se senta, fazendo alusão a um ato sexual.

Nesse ponto, apresentou-se a castração simbólica. Angélica, que antes via a mãe como uma figura fálica, percebeu, de forma irreversível, que Bunny não apenas não detinha o falo, como se submetia a receber dinheiro para reter temporariamente falos estranhos.⁹ Já Bunny, quando falava dos abusos sexuais que a filha havia sofrido, afirmava que gostaria que tais acontecimentos fossem acometidos a ela ao invés da filha. As lembranças dos sofrimentos vividos pela filha reverberavam em seu próprio corpo, onde, por vezes, a impediram de trabalhar; não por dor ou doença, mas por um ímpeto violento de cortar o órgão genital do homem-cliente.

Nesse contexto, qualquer movimento vindo de um homem era vivenciado por Bunny como ameaça extrema, despertando nela um desejo de castração literal do outro. Esse impulso representava uma inversão da posição passiva à qual se manteve submetida: incapaz de proteger a filha da violência que também a atravessou, sua resposta se manifestava na fantasia de realizar aquilo que, para ela, era a solução definitiva para a dor de ambas. Assim, o desejo violento de castração era, paradoxalmente, a expressão mais radical da sua própria condição de castrada.

A partir desse ponto da psicoterapia, evidenciou-se um movimento inicial de separação entre mãe e filha, processo que se deu através da transferência. No caso de Angélica, a transferência direcionou-se à estagiária, que passou a ocupar simbolicamente a figura materna. Durante as sessões, a paciente manifestava comportamentos sedutores, os quais se expressavam no uso de roupas curtas e justas – vestimentas que a mãe, ao se comparar com a filha, afirmava usar apenas quando estava “atendendo clientes”.

Em uma das sessões de psicoterapia, Angélica relatou um episódio envolvendo um dos atendimentos sexuais da mãe, descrevendo-o não pelo ato em si, mas pelo tempo compartilhado no quarto em conversa:

⁹No decorrer das sessões, Bunny expressou o desejo de deixar a profissão de trabalhadora do sexo e investir em um negócio próprio, citando como exemplo a cantina da universidade. Após essa fala, a paciente teve um *insight*, onde percebeu que a única lembrança significativa que compartilharia com a filha são os momentos em que ambas lancham juntas antes das sessões de psicoterapia. Isso evidencia que sua profissão está intrinsecamente ligada à relação com sua filha, Angélica. Ao manifestar o desejo de abrir um local de lanches, observa-se um movimento simbólico: ela parece declinar de sua busca pelo falo advinda da prostituição e da tentativa de oferecer afeto materno exclusivamente pela via financeira. Em vez disso, demonstra uma inclinação em construir momentos afetuosos com a filha, fazendo ligação à Cantina, ao mesmo tempo que mantém a oferta de mãe financeira.

“minha mãe e o amigo estavam conversando”. Essa formulação revela uma construção simbólica: a conversa como fio condutor tanto do encontro da mãe com seus clientes quanto das sessões de psicoterapia. Ao perceber a estrutura comum entre esses dois contextos – um espaço privado, sigiloso, delimitado pelo tempo de uma hora e sustentado pelo discurso – Angélica estabeleceu uma equivalência inconsciente entre o que ocorre no quarto da mãe e o que se dá no *setting* terapêutico.

Para Bunny, cuja experiência afetiva sempre esteve monetizada, a gratuidade do processo terapêutico não apenas reforçava a desvalorização do tratamento, mas também alimentava sua falta de comprometimento, levando-a a ausências. Frequentemente, expressava que perdia dinheiro ao comparecer às sessões, uma vez que, naquela uma hora, não estava atendendo clientes. Dessa forma, o espaço terapêutico ressoava com a ideia de um “atendimento” – ou um não atendimento: Bunny não fazia sexo sem pagamento. Assim, na estrutura psíquica de ambas, a relação com a psicoterapia era atravessada por fantasias ligadas ao universo da prostituição.

No decorrer do processo, Bunny desenvolveu uma identificação significativa com a estagiária, projetando nela experiências e afetos que antes pertenciam a outras relações. A estagiária, nesse sentido, se tornava um objeto transferencial amplo, no qual Bunny depositava aspectos de seu desejo de conhecimento e validação. Tendo cursado dois semestres de psicologia, Bunny frequentemente introduzia teorias psicanalíticas nas sessões com o objetivo de enquadrar o próprio sofrimento dentro de um discurso acadêmico, assim como vincular-se e seduzir a estagiária a partir do intelecto.

Esse movimento, à primeira vista, poderia ser interpretado como uma tentativa de controle – um modo de reivindicar autoridade sobre o campo do saber e equilibrar a assimetria entre terapeuta e paciente. No entanto, mais do que um exercício de poder, essa estratégia revelava uma defesa pela racionalização. Ao mesmo tempo em que sua identificação com a estagiária fortalecia o vínculo, também funcionava como uma barreira, pois Bunny, ao manter-se no território da abstração, evitava ser atravessada pelo seu próprio relato.

Mesmo assim, postos a transferência e o vínculo no *setting*, Bunny contou um sonho. Nele se via em uma floresta, cercada por figuras vestidas de branco. Essas, impunham as mãos sobre seu peito para extrair dela a culpa. Ao despertar, disse ter experimentado uma sensação de rompimento, como se algo tivesse sido arrancado de dentro de si. Ao longo da sessão em questão, as palavras *culpa* e *puta* emergiram repetidamente num jogo de palavras embaralhadas. A *culpa* retirada dela estava relacionada com a *puta*, como também com a *puta reclamona* da filha: o sonho evidenciou o desejo de que as três – puta, culpa e filha – fossem retiradas de si.

Diante dessa intrincada teia de significações, a articulação entre as estagiárias mostrou-se essencial. Foi necessário não apenas aproximar as narrativas e confrontá-las, mas também organizá-las e diferenciá-las, para que pudessem ser devolvidas às pacientes de forma ética e cuidadosa. A confusão entre os relatos maternos e filiais evidenciavam a imbricação subjetiva entre ambas, tornando premente a adoção de uma abordagem que viabilizasse a discriminação psíquica entre o *eu* e o *outro*. Assim, o procedimento adotado consistiu em “acolher os conteúdos psíquicos de ambas e contribuir para a abertura de um espaço para a discriminação entre o eu e o objeto e maior adaptação às realidades interna e externa de ambas as partes envolvidas” (CHATELARD; CERQUEIRA, 2015, p. 268), permitindo a instauração de um movimento gradual de diferenciação e ressignificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo psicoterapêutico de Angélica e Bunny revelou avanços significativos na construção de autonomia e diferenciação de uma em relação à outra. No entanto, esse movimento foi acompanhado por resistências maternas que se manifestaram de forma clara no boicote de algumas sessões da filha. Aqui novamente se mostrou uma repetição, visto que, ao boicotar a filha, Bunny acabava por se prejudicar em seu próprio processo, resistindo a possíveis elaborações e avanços. Esse mecanismo reitera a compulsão à repetição, na qual a mãe, ao tentar manter o controle sobre a filha, perpetua sua própria estagnação psíquica.

A constante supervisão do caso e a troca de estudos e articulações entre as estagiárias foram fundamentais para os avanços nas intervenções. A interlocução entre ambas permitiu um olhar mais refinado sobre as dinâmicas transferenciais e contratransferenciais, garantindo um manejo clínico mais preciso e cuidadoso. Esse caso, representou um divisor de águas na formação das estagiárias, proporcionando uma experiência robusta e profundamente transformadora no exercício da escuta psicanalítica.

REFERÊNCIAS

- BREUER, J.; FREUD, S. Estudos sobre a Histeria. In: **Obras Completas Volume II. (1893-1895)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.
- CHATELARD, D. S.; CERQUEIRA, A. C. O conceito de simbiose em psicanálise: uma revisão de literatura. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 18, n. 2, p. 257–271, 2015.
- CORSO, D. L.; CORSO, M. **Fadas no divã: psicanálise nas histórias infantis**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R.W. de; SCHESTATSKY, S.S. (organizadores). **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu (1921). In: **Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997.
- GALANTE, A. C.; ARANHA, J. A.; BERALDO, L.; PELÁ, N. T. R. A vinheta como estratégia de coleta de dados de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 3, p. 357-363, 2003.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GRIMM, J.; GRIMM, W. **Contos de fadas**. Rio de Janeiro: Editora Garnier, 2019.
- KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides (1946). In: **Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)**. Elias Mallet da Rocha, Liana Pinto Chaves (coordenadores) e colaboradores. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- MAHLER, M. **O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- ROUDINESCO, E. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

RUGRATS: **Os Anjinhos** [série de desenho animado]. Direção: Úrsula Bezerra, Eduardo Camarão, Ricardo Nóvoa e Nair Silva. Produção: Howard Baker *et al.* Estados Unidos: Nickelodeon Animation Studios e Klasky Csupo, 1991 - 2004. 9 temporadas, 172 episódios.

ZIMERMAN, D. E. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: PROPOSTA DE TRATAMENTO CLÍNICO PARA CRIANÇAS ATRAVÉS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Eveline Ernica Borges Yamassaki¹

A teoria cognitivo-comportamental foi desenvolvida por Aaron Beck na década de 1960-1970 e está baseada no tratamento focado na formulação cognitiva, nas crenças e estratégias comportamentais que dão formato a um transtorno em especial (SOUZA; SILVA, 2021). Diante disso, o tratamento também é baseado em uma conceituação e compreensão do paciente, visto que cada indivíduo possui suas crenças específicas e padrões de comportamento.

De acordo com Beck (2022), o modelo teórico que orienta a teoria cognitivo-comportamental é o modelo cognitivo, o qual propõe que os pensamentos disfuncionais, são capazes de influenciar os comportamentos e humor, são comuns a todas as psicopatologias e transtornos psicológicos. Diante disso, os pensamentos exercem influência nas emoções e comportamentos, no qual formam padrões comportamentais, pensamentos e sentimentos, partindo sempre da maneira de como o indivíduo percebe e interpreta as situações e acontecimentos em seu dia a dia. Os pensamentos, ou seja, as cognições, ocorrem a partir de três níveis (BECK, 2022):

1. Pensamentos Automáticos (superficiais);
2. Crenças Intermediárias (pressupostos);
3. Crenças Nucleares (sobre si/outras pessoas/o mundo).

Diante disso, na terapia cognitiva comportamental (TCC) ocorre um desenvolvimento e planejamento do tratamento, que torna o processo terapêutico direcionado e específico, no qual facilita a mudança cognitiva e comportamental do paciente ao decorrer das sessões. A TCC é um modelo

¹Doutoranda em Psicologia (UCDB). Professora Substituta (UFGD). CV: <http://lattes.cnpq.br/5674034863439183>

terapêutico que se destaca por possuir limitação de prazo, estruturação, foco na solução de problemas vigentes e na mudança de comportamentos e pensamentos que apresentam falhas em seus processos e estão, portanto, disfuncionais.

Com isso, a TCC tem se mostrado uma abordagem efetiva no tratamento de TDAH, visto que apresenta diversas técnicas de aplicação da teoria cognitiva com crianças. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM-5), o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição neuropsiquiátrica que afeta a capacidade de uma pessoa de manter a atenção, controlar impulsos e regular sua atividade motora e cognitiva, podendo afetar também o seu desenvolvimento e funcionamento. Segundo Machado e Cezar (2007), esse transtorno apresenta três características básicas sendo: a desatenção, a agitação e a impulsividade. A criança com TDAH normalmente apresenta dificuldades de concentra-se e facilidade em se distrair-se, esquece de seus compromissos, perde ou esquece objetos, tem dificuldade em seguir instruções, apresenta dificuldade em se organizar dentre outros aspectos que geram prejuízos sociais e no desenvolvimento.

No tratamento de crianças com TDAH é necessário que outros aspectos sejam investigados, como: História e marcos do desenvolvimento; Escola e relacionamento entre colegas; Relacionamento familiar; Tratamentos prévios; Conflitos com a lei; Variáveis cognitivas; Processos cognitivos; Pensamentos automáticos; Esquemas; Práticas disciplinares; com o intuito de conhecer o cotidiano e o ciclo de convivência dessa criança, bem como seus antecedentes. Ao longo do tratamento terapêutico, é fundamental que o profissional aborde as percepções para auxiliar a criança a reestruturar crenças limitantes e disfuncionais para que o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, utilizando recursos lúdicos e jogos psicoterapêuticos a fim de gerar um envolvimento significativo de forma saudável e satisfatória (FRIEDBERG; MCMCLURE, 2019) Diante disso, o objetivo desse estudo é compreender como a terapia cognitiva comportamental pode contribuir de forma efetiva no tratamento do transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade em crianças.

DESENVOLVIMENTO

O DSM-V classifica o TDAH como pertencente ao grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento, no qual, se manifesta no período da infância. Com isso o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade TDAH apresenta diversos sintomas que integram duas dimensões: desatenção e hiperatividade /impulsividade (LOIOLA, 2020; PAULA; MOGNON, 2017).

A desatenção é caracterizada por dificuldade de manter o foco e se concentrar, dificuldade em organização, na realização de atividades, distração com estímulos externos, prejuízos na aprendizagem e no rendimento escolar. A hiperatividade /impulsividade é caracterizada com a dificuldade de esperar sua vez para falar, agitação, não consegue ficar muito tempo sentado, dificuldade na realização e na conclusão de atividades que exija concentração e tempo, apresenta dificuldade de esperar a sua vez dentre outras (PAULA; MOGNON, 2017). O TDAH é um distúrbio que tem alta capacidade de influenciar no desenvolvimento infantil afetando diretamente no rendimento escolar, gerando dificuldade significativa na aprendizagem (SANTOS et al, 2024).

Martins e Grandi (2022) expõem, que o TDAH infantil é caracterizado pela falta de atenção e a dificuldade na compreensão clara das propostas realizadas pelo professor em sala. Essa dificuldade causa danos comprometedores, não apenas no desenvolvimento escolar, mas em relação a percepção da vida cotidiana. Diante disso, o acompanhamento é necessário assim como a utilização de técnicas pedagógicas utilizadas na escola, auxiliando o desenvolvimento da aprendizagem. No TDAH podemos visualizar como as funções executivas são afetadas, visto que, se trata de habilidades cognitivas necessárias para executar um comportamento completo e de adaptação em meio ao ambiente inserido (CARVALHO, CIASCA; RODRIGUES, 2015). Diante disso, realização do diagnóstico precoce é de suma importância para o tratamento.

A realização do diagnóstico precoce do TDAH é fundamental a fim de que as medidas necessárias sejam efetivadas, com o objetivo de amenizar as dificuldades emocionais. Estas são provenientes do transtorno, como a baixa autoestima, dificuldades de funcionamento social e relacional,

instabilidade de humor, frustração que quando não tratadas podem acarretar consequências também na vida adulta (SOUZA, 2020, p. 405).

A realização do diagnóstico é fundamental juntamente com a contextualização da história da criança, a fim de poder identificar os prejuízos causados pelo TDAH (CARVALHO; SANTOS, 2016). Além da identificação outro aspecto primordial no tratamento é o engajamento da escola e dos familiares no processo terapêutico. Nesse sentido participação dos pais/familiares e dos professores faz muita diferença no resultado terapêutico, visto que o estímulo é expandido para além da clínica, gerando um estímulo significativo.

INTERVENÇÕES EFETIVAS NO TRATAMENTO DO TDAH

A TCC tem apresentado técnicas direcionadas no tratamento do TDAH que trabalha aspectos cognitivos através de estratégia direcionadas que auxiliam no tratamento do TDAH em crianças, a utilização de jogo psicoterapêuticos tem se tornado um recuso efetivo, no qual estimular fatores atencionais sendo atenção concentrada e divindade níveis de memória, estimulando por meio de jogos fatore cognitivos. A utilização de recursos lúdicos potencializa o desenvolvimento da criança e reforça a relação terapêutica estabelecida, sendo capaz de trabalhar aspectos cognitivos através do lúdico.

Com isso, através de recursos lúdicos direcionado ao paciente de forma individual, podemos trabalhar técnicas como o treinamento de solução de problemas, repetição e verbalização de instruções, atenção concentrada e dívida, atividades interpessoais orientadas, treinamento de habilidades sociais, técnicas de manejo de contingências de reforço, manejo das emoções na tomada de decisão e treinamento com pais e familiares (SOUZA; SILVA, 2021).

Paula e Mognon (2017) destacam que componentes de estrutura de sessão da TCC no TDAH envolve aspectos importante sendo, revisão da sessão anterior e da tarefa de casam estabelecimento feedbacks como reforçadores. No que refere as técnicas pormos elencar a psicoeducação autoinstrução, automonitoramento e autoavaliação, planejamento e cronogramas, sistemas de recompensas e/ou de fichas, relógio dos pensamentos-sentimentos, elaboração de histórias e jogos. Vale ressaltar a importância

do terapeuta realizar a adaptação de técnicas para que a psicoterapia infantil seja efetiva e direcionada.

A psicoeducação e a solução de problemas tem se mostrada efetiva pois através dela podemos trabalhar aspectos direcionados, trazendo ao paciente de forma lúdica, a clareza de como é importante identificar o problema e pensar em estratégias saudáveis de enfrentamento. Por exemplo identificar o pensamento automático “não consigo fazer essa conta é muito difícil” e transformar em uma estratégia de enfrentamento sendo “é só eu pensar com calma que eu vou conseguir”. Com isso, o treinamento de solução de problemas envolve estratégias de enfrentamento favorecendo as habilidades do paciente de autogerenciamento e autorregulação, uma vez que aumenta a flexibilidade na escolha de alternativas, analisando o custo e o benefício de determinada situação vivenciada (PAULA; MOGNON, 2017; RIBEIRO, 2016).

Outra técnica conhecida proposta por Barkley é os sete passos para o treinamento do autocontrole e da busca de soluções, no qual leva a criança a se tornar o agente da própria mudança (BARKLEY, 2008; NAVARRO, VIEIRA; SALINO, 2024). Sendo eles os passos seguidos:

1. Definir claramente o problema;
2. Definir qual é o objetivo pretendido e qual a alternativa desejada para a solução do problema;
3. Listar as possíveis alternativas para resolver o problema;
4. avaliar de 1 a 10 cada opção que represente, desde a mais negativa até a mais positiva;
5. selecionar a melhor opção e colocá-la em prática por uma semana ou pelo tempo que for necessário; caso a opção não dê certo, praticar as outras opções listadas até que o problema possa ser resolvido;
6. estar aberto a discordar; caso a tentativa inicial não der certo, ser honesto para aceitar as falhas e buscar outras opções para solucionar o problema;
7. cumprir o plano e avaliar os resultados.

A técnica da Autoinstrução, aplicada ao TDAH pode ajudar a modelar o comportamento, visto que o terapeuta serve de modelo para

que o paciente possa treinar comportamento assertivos em situações, nessa técnica o terapeuta expõe diversas situações e espoe várias possibilidades de soluções, para que o paciente possa internalizar os componentes e desenvolver estratégias saudáveis (NAVARRO, VIEIRA; SALINO, 2024). A intervenção de autoinstrução inclui a fases de preparação de autorrecompensa, no qual o objetivo é que construam comportamentos mais adaptativos diante de situações do cotidiano (FRIEDBERG; MCMCLURE, 2019).

Outra técnica importante é o desenvolvimento de autoconfiança por meio do alcance do desempenho, que por meio de exposições a criança constroem experiências duradouras, bem como eliminação de mitos sobre si mesma e o mundo. O sistema de autorrecompensa permite que o paciente desenvolva comportamento adequados por meio da utilização de reforçadores. Vale ressaltar que paciente com TDAH, a motivação interna necessita ser trabalhada com estímulos externos para que o paciente desenvolva motivação própria para realização de atividades e finalização de tarefa (Ribeiro, 2016).

Diante disso, a TCC tem se mostrado efetiva na psicoterapia infantil em paciente com o diagnóstico de TDAH, uma vez que as técnicas trabalham déficits em relação a adaptabilidade da criança, gerando tolerância à frustração, resolução de problemas, treinamento de funções executivas, desenvolvimento verbal, regulação das emoções, habilidades de processamento verbal, flexibilidade cognitiva e nas habilidades sociais (Ribeiro, 2016; Souza, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção da terapia cognitiva comportamental, na prática clínica, com crianças diagnosticadas com TDAH, evidencia a eficácia do tratamento, desencadeando o uso de estratégias referentes à psicoeducação, solução de problemas e às estratégias cognitivas e comportamentais, no qual tem gerado mudanças significativas.

Fica evidente que trabalhar soluções de problemas, planejamento de atividades identificando potencialidade da criança e identificando os erros faz com que sejam capazes de realizar mudanças significativas, ajudando

no planejamento e então lidar com as frustrações resultantes de suas ações (PAULA; MOGNON, 2017; RIBEIRO, 2016; SOUZA, 2020).

De acordo com a revisão integrativa, foi constatada a importância de mais estudos relacionados ao tema, devido a relevância do tema proposto. Vale ressaltar que muitos dos materiais relacionados reforçam a eficácia de técnica da TCC no tratamento de TDAH em crianças, expondo a eficácia da TCC no TDAH, promovendo uma aproximação da teoria e a prática.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)**. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

Barkley, R. A. (2008) A natureza do TDAH. In Barkley, R. A. (Org.). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2022.

CARVALHO, A. P.; SANTOS, M. F. R. TDAH: Da banalização ao diagnóstico. **Revista Transformar**, v. 9, p. 184-202, 2016.

CARVALHO, M. C.; CIASCA, S. M.; RODRIGUES, S. D. Há relação entre desenvolvimento psicomotor e dificuldade de aprendizagem? Estudo comparativo de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, dificuldade escolar e transtorno de aprendizagem. **Revista Psicopedagogia**, v. 32, n. 99, p. 293-301, 2015.

FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J. M. **A Prática Clínica da Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2019.

MACHADO, L. F. J.; CEZAR, M. J. C. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em crianças-reflexões iniciais. **Revista Psicopedagogia On-line**, 2008.

MARTINS, S.; DE GRANDI, L. O processo de aprendizagem dos alunos com TDAH e o papel de neuropsicopedagogo. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 10, p. 65-74, 2022.

NAVARRO, R. M.; VIEIRA, T. P. N.; SALIMO, Z. M. Terapia Cognitivo-comportamental para crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 8, p. 3681-3711, 2024.

PAULA, C.; MOGNON, J. F. Aplicabilidade da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na infância: revisão integrativa TCC e TDHA: revisão integrativa. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 17, n. 1, p. 76-88, 2017.

RIBEIRO, S. P. TCC e as funções executivas em crianças com TDAH. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 12, n. 2, p. 126-134, 2016.

SANTOS, K. S. et al. A importância do diagnóstico precoce de TDAH para o desenvolvimento infantil. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 24, p. e14497-e14497, 2024.

SOUZA, J. M. Intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com crianças com TDAH. **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 5, n. 9, jan./jun. 2020.

SOUZA, V. S.; SILVA, D. **Técnicas utilizadas para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)**. 2021.

O IMPACTO DO MINDFULNESS NO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE

Mariana Berres Cavalheiro¹

Julice Angélica Antoniazzi Batistão Gadani²

Segundo a APA (2013), o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) se configura como um transtorno do neurodesenvolvimento, apresentando três principais sintomas, desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, que ocorrem em um nível maior e mais grave do que aquele tipicamente encontrado na população, os sintomas se iniciam na infância e persistem até a idade adulta, causando sofrimento considerável na vida do indivíduo.

Do ponto de vista anatomofuncional, o transtorno apresenta um funcionamento anormal de alguns circuitos cerebrais tais quais, o orbito-frontal, orbitocerebelar e dorsofrontal (DURSTON et al., 2011), portanto, essa circuitaria afeta principalmente as funções executivas, dentre as quais: controle inibitório, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva e as funções de alto nível, raciocínio, resolução de problemas e planejamento, essas funções estão no controle de atividades de planejamento, organização e monitoramento de comportamentos complexos direcionados a objetivos (DIAMOND, 2013) Na etiologia do transtorno, acredita-se que alguns genes sejam responsáveis por uma maior suscetibilidade genética, os quais somados às condições ambientais levam ao aparecimento do TDAH (THAPAR et al., 1999).

O tratamento se dá por meio de intervenção comportamental e medicação, porém nem todas as pessoas, especialmente crianças, apresentam boas respostas aos remédios, além de apresentarem efeitos colaterais indesejáveis (Chen et al., 2019). É por isso que vem surgindo novas formas de tratamento para os mais variados transtornos, incluindo o TDAH,

¹Graduanda em Psicologia (UNIGRAN). CV: <http://lattes.cnpq.br/1683905615076973>

²Mestra em Ciências da Saúde (UFGD). Professora (UNIGRAN). Fisioterapeuta.
CV: <http://lattes.cnpq.br/0281384357826920>

como o mindfulness, termo o qual segundo o dicionário de psicologia, pode ser definido como a consciência dos estados internos e do ambiente externo de uma pessoa (APA, 2015).

Da mesma forma, para Consenza (2021, p. 2), o mindfulness na tradução do idioma sati, tem o significado de memória, ou lembrar, trazendo algo para a consciência e mantendo a atenção no objeto de escolha, o que para a neuropsicologia se aproxima do que chama-se de memória de trabalho, o oposto disso seria um estado de “piloto automático”, onde mesmo diante das situações presentes, a mente está divagando em pensamentos. Na prática, o mindfulness refere-se a meditação, com o foco atencional na respiração, nos pensamentos e emoções, sem fazer nenhum juízo de valor sobre aquilo que vem surgindo a mente, diante das múltiplas práticas de meditação, todas têm em comum o treinamento da atenção voluntária/executiva (GERMER, 2005; CONSENZA, 2021, p. 3).

A partir de pesquisas, percebe-se a baixa taxa de publicações sobre a relação do mindfulness e TDAH no Brasil, portanto, o presente estudo tem como objetivo a produção de conhecimento no contexto brasileiro, uma vez que principalmente, o mindfulness, ainda é um conceito desconhecido por muitos profissionais da saúde brasileira e pouco explorado apesar de trazer comprovações científicas robustas, descrevendo os sintomas que apresentam melhora diante da intervenção mindfulness.

REVISÃO DE LITERATURA

TDAH

Segundo Polanczyk et al. (2007), o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento que atinge cerca de 5,29% das crianças, com sintomas marcantes de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade. A desatenção pode se apresentar como esquecimentos frequentes, distração, perda de objetos, já a hiperatividade compreende atividade motora excessiva, e a impulsividade com dificuldade em esperar pela sua vez, intromissões frequentes em atividades alheias e respostas precipitadas, e esses sintomas devem se apresentar em mais de um ambiente e gerar sofrimento significativo na vida do paciente (APA, 2013).

Tratando-se da etiologia do TDAH, é importante considerar tanto aspectos genéticos quanto ambientais, de acordo com a pesquisa de Purper-Ouakil et al. (2011), foram encontradas variantes genéticas que são compartilhadas pelos transtornos do neurodesenvolvimento, o que demonstra o alto índice de comorbidades no TDAH com transtornos externalizantes, como o transtorno de conduta e transtorno opositivo desafiador, além de que estudos cerebrais demonstram alterações, tanto na estrutura cerebral quanto na conectividade de algumas áreas do cérebro, mostrando atrasos na maturação do desenvolvimento cerebral, principalmente em regiões como o lobo frontal e parietal, gânglios da base, corpo caloso, hipocampo e cerebelo de acordo com Szobot et al. (2001). Já do ponto de vista neurológico, as anormalidades na maturação das regiões frontal-estriatal-cerebelar provavelmente são a causa do desenvolvimento do transtorno, um aspecto biológico não genético se faz importante no entendimento da etiologia, que são causadas por lesões neurológicas como exposição ao álcool e tabaco durante a gestação, envenenamento com chumbo, partos prematuros e traumatismo cerebral (BARKLEY; MURPHY, 2008).

Para Cherkasova et al. (2013), o TDAH é, na maioria dos casos, uma condição que permanece durante toda a vida, cuja apresentação se altera com o decorrer do desenvolvimento, cerca de $\frac{1}{3}$ das crianças não apresentam os sintomas durante a fase adulta, mas na idade de crianças pré escolares alguns fatores são preditivos para o resultado das mesmas nas posteriores fases da vida, tais quais, função cognitiva e fatores genéticos/familiares, sendo o TDAH uma condição vitalícia na maioria dos casos, se faz necessário o tratamento contínuo para melhor obtenção de resultados.

Segundo Wolraich (2019), atualmente, o tratamento com maior eficácia para o TDAH é a combinação da terapia comportamental, que através das contingências e um ambiente propício promovem melhora de comportamentos interferentes, além do treinamento de pais e da escola para prevenir e responder a esses comportamentos, tais quais, agressão, interrupções frequentes, e não cumprimento de tarefas e de demandas, juntamente com o tratamento medicamentoso com psicoestimulantes, como por exemplo, o metilfenidato, lisdexanfetamina e atomoxetina, os quais apresentam diversos efeitos colaterais que podem variar de acordo com cada indivíduo, porém conforme a progressão da terapia comporta-

mental e diminuição dos comportamentos prejudiciais é possível diminuir ou até deixar a medicação.

MINDFULNESS

O mindfulness é um termo com tradução equivalente para o português como atenção plena (WILLIAMS; PENMAN, 2015) e, durante as duas últimas décadas, passou de uma nomenclatura comum para um tópico de estudos científicos, tornando-se uma técnica psicoterápica (VAN DAMN et al., 2018). Segundo Kabbat-Zinn e Davidson (2011), o mindfulness começou a ganhar força a partir do Instituto Mind and Life, criado em 1987, onde diálogos formais entre Dalai Lama, líder espiritual budista, e renomados cientistas e clínicos da época passaram a acontecer, estabelecendo conexão entre a técnica mindfulness utilizada no oriente e a ciência ocidental.

O interesse no ocidente se tornou maior ainda, quando, no começo do século XXI, foi criado o programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), desenvolvido pelo pesquisador Jon Kabbat-Zinn. Nesse programa os participantes foram submetidos a sessões de meditação e yoga pelo período de 8 semanas, a fim de manejar problemas crônicos de saúde, como a dor crônica, e auxiliar na diminuição do estresse e na prevenção da recaída da depressão, com o êxito do programa, o que antes era visto como uma prática religiosa relacionada ao budismo, despertou interesse da comunidade científica que começou a pesquisar sobre o mindfulness, trazendo evidências de seus benefícios, além de esclarecer os mecanismos neurobiológicos envolvidos durante a prática (CONSENZA, 2021).

O termo é comumente definido como uma atenção às experiências do momento presente sem qualquer tipo de julgamento, o mindfulness geralmente é praticado na forma tradicional de meditação, mas o termo também abrange outras práticas que tem como objetivo principal a atenção em um objeto de escolha. A prática visa focar a atenção nos pensamentos, emoções e sensações corporais, apenas observando enquanto eles surgem e somem da consciência (KABBAT-ZINN, 1992).

No estudo de Hölzel et al. (2011), os autores propõem um conjunto de mecanismos cerebrais, que apesar de distintos, interagem entre si e descrevem como o mecanismo de ação da atenção plena acontece, sendo

eles: a regulação da atenção, consciência corporal, regulação emocional, e mudança na perspectiva de self, esses elementos quando combinados entre si, levam a autorregulação.

Um dos achados que mais demonstram a eficácia do mindfulness é o estado de divagação mental, que ocorre em cerca de 50% do tempo em que estamos acordados. Esse estado está correlacionado com áreas cerebrais de autorreferenciamento, conhecida também como rede de modo padrão (DMN), essa rede neural está relacionada a processos que vão desde lapsos atencionais, até ansiedade e distúrbios clínicos, dentre os quais está o TDAH (KILLINGSWORTH; GILBERT, 2010, MASON et al., 2007, BUCKNER et al., 2008). Essa rede de modo padrão, segundo Germer (2019), realiza 3 tarefas básicas: cria um senso de self, projeta esse self no passado, presente e futuro, além de buscar por problemas que devam ser resolvidos, do ponto de vista da evolução esse rastreamento do ambiente, e antecipação de problemas futuros foram essenciais para a sobrevivência da nossa espécie, porém nos dias atuais essa rede padrão gera significativos sofrimentos, e a partir da prática do mindfulness e da consciência no momento presente é possível estar consciente do que se passa em nosso espaço mental e assim poder responder de forma adequada a cada estímulo que surge, saindo do modo “piloto automático”.

MATERIAIS E MÉTODOS

O método utilizado se tratou de uma revisão de literatura narrativa, a qual é definida como um método que dificilmente parte de uma questão específica bem definida, dando um caráter de não exigência de um protocolo rígido, portanto a seleção da literatura a ser incluída no trabalho é arbitrária, onde o autor pode incluir materiais de acordo com seu viés, não havendo preocupação em esgotar as fontes de informação (CORDEIRO et al., 2011)

A coleta de dados para a produção da revisão foi feita a partir da pergunta: “Quais são os impactos provenientes do mindfulness no TDAH?”, foram definidos como descritores: Mindfulness e TDAH. A pesquisa foi realizada no período de agosto a novembro de 2024, nas bases de dados: BVS-psi e PubMed, além de consulta de livros como fonte de material impresso.

Foram incluídas no estudo, as pesquisas que atenderam aos seguintes critérios: tratar-se de um artigo original; artigo com resumo completo na base de dados; artigo publicado nos últimos 10 anos; artigo que esteja disponível na íntegra em formato eletrônico na base de dados; materiais cujos dados e informações sejam de interesse desta revisão narrativa, incluindo livros. Foram excluídos do estudo artigos de relato de experiência, tese ou dissertação. Após a seleção de dados, os mesmos foram organizados por ordem cronológica de publicação, sendo feita uma análise contextual na seguinte sequência: análise de título, de resumo e do material na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os muitos artigos pesquisados após uma análise criteriosa, que incluísse pesquisas que falassem especificamente sobre os principais sintomas do TDAH, e tivessem em seus títulos os descritores *mindfulness* e TDAH, dentre 32 artigos, apenas 9 apresentaram informações relevantes para contemplar os objetivos, são eles: Janssen, et al. (2018), Hepark, et al. (2019), Sibalis, et al., 2019, Poissant, et al. (2019), Xue, et al. (2019), Cairncross e Miller (2020), Janssen et al. (2020) Oliva et al., (2021) e Gonzalez, et al. (2023).

Para Janssen et al. (2018) em seu estudo comparando a eficácia da terapia cognitiva baseada em *mindfulness* juntamente com o tratamento usual e apenas o tratamento usual em adultos diagnosticados com TDAH, os pesquisadores encontraram que a junção dos dois tratamentos foi eficaz nos principais sintomas de TDAH em comparação com o tratamento tradicional quando avaliadas por um clínico cego, também houve melhora nas habilidades de *mindfulness*, auto compaixão, e saúde mental, os resultados se mantiveram estáveis nos 6 meses seguintes ao tratamento.

Segundo Hepark. et al. (2019), através de seu ensaio clínico randomizado com uma população adulta diagnosticada com TDAH, seus achados demonstraram uma redução significativa nos sintomas auto reportados pelos pacientes, além da melhoria geral nas funções executivas e nas habilidades de *mindfulness*, porém contrariando às expectativas dos autores não foram encontradas melhoras nos sintomas depressivos e ansiosos dessa população.

Poissant et al. (2019) por meio de uma revisão sistemática da literatura que buscou avaliar os impactos do mindfulness no TDAH, encontrou que 100% dos artigos selecionados mostraram melhora nos sintomas de TDAH por meio da terapia baseada em mindfulness, além de ter encontrado melhora na performance de tarefas cognitivas, e os estudos mais recentes pesquisados tiveram menor enviesamento.

Janssen et al. (2020), realizaram o primeiro estudo piloto de método misto, explorando a eficácia das terapias baseadas em mindfulness nos sintomas de TDAH, o processo de mudança parece ter se iniciado culminando em uma melhora nas habilidades de autorregulação, pois significativos resultados foram encontrados na melhora dos sintomas de funcionamento executivo, auto compaixão e saúde mental, os pesquisadores não encontraram aumento nas habilidades de mindfulness, porém uma possível explicação seja que para pacientes com TDAH é necessário um treinamento com mais de 8 semanas, para a melhora desse construto.

Já para Sibalis et al. (2019) em seu estudo envolvendo adolescentes de 11 a 17 anos, que foram submetidos a exames EEG durante o treinamento de mindfulness, encontrou-se reduções significativas no marcador TBR de desatenção que comumente está elevado em indivíduos com TDAH, além do aumento no controle da atenção, o que pôde ser medido em níveis neurais, além de ter dado suporte ao uso de tarefas atencionais quando está se examinando habilidades atencionais decorrentes do mindfulness.

Para Xue et al. (2019) em sua metanálise, foi encontrado que a eficácia do mindfulness nos sintomas principais do TDAH foi maior na desatenção do que na impulsividade/hiperatividade, o que para os autores pode ser ocasionado devido aos exercícios baseados em mindfulness que enfatizam a atenção no momento presente, a melhora na atenção foi evidenciado pelo aumento na regulação atencional envolvida no processo de funcionamento executivo, além de alguns estudos fornecerem dados sobre a melhora na regulação emocional também. Contudo os autores ressaltam a necessidade de interpretar os resultados com cautela, considerando a heterogeneidade dos estudos que foram submetidos a análise.

Assim como Xue et al. (2019), e Sibalis et al. (2019), Cairncross e Miller (2020) por meio de uma revisão meta analítica, encontraram que indivíduos com TDAH quando submetidos a terapia baseada em

mindfulness tiveram uma redução significativa na desatenção, quando comparado os efeitos entre adultos e crianças, a melhora da desatenção foi maior na população adulta, mas quando analisado os efeitos na hiperatividade/impulsividade, não houveram diferenças entre as duas populações, porém o mindfulness resultou em melhora nessa categoria de sintomas, comprovando a efetividade do mesmo nos sintomas principais do TDAH, entretanto assim como os autores supracitados, Cairncross e Miller, 2019, também alertam sobre a heterogeneidade dos estudos submetidos a meta análise.

De acordo com revisões sistemáticas e meta análises anteriores os resultados de Oliva et al. (2021), seus resultados corroboram com os dos autores supracitados, em adultos a maior eficácia do mindfulness foi detectada nos sintomas atencionais, mas as terapias baseadas em mindfulness apresentaram melhora significativa nos sintomas de mindfulness no geral, mesmo que seu efeito pareça ser maior nos sintomas de desatenção do que nos de hiperatividade/impulsividade.

E por fim Gonzalez et al. (2023), em sua revisão sistemática avaliam se seria possível substituir o tratamento do TDAH pela yoga e meditação, e concluem que esse tratamento melhorou os sintomas de TDAH, além de terem impactado a dinâmica familiar, e outros aspectos da saúde mental, como ansiedade, estresse, insegurança, a meditação também provou eficácia em funções executivas, controle inibitório, hiperatividade, impulsividade, atenção, regulação emocional. Porém os autores sugerem a yoga e a meditação como tratamento complementar a meditação e não como substituição.

Como já citado anteriormente no corpo do artigo, para Gatica-Ferrero et al. (2023) diante da complexidade do perfil neuropsicológico do TDAH os prejuízos nas funções executivas existem tanto de velocidade de processamento, quanto memória de trabalho, flexibilidade cognitiva e inibição de respostas, portanto os mesmos autores defendem que a ciência ainda está longe de encontrar um perfil cognitivo único para o transtorno que seja consenso entre os pesquisadores, portanto a variabilidade de resultados encontrados durante a pesquisa narrativa corroboram para a diversidade de perfis neuropsicológicos que apresentam diferentes sintomatologias e resultados diante da intervenção mindfulness, estando de

acordo com os resultados das pesquisas de Hepark. et al. (2019), Poissant et al. (2019), Janssen et al. (2020).

A melhora nos aspectos atencionais mais do que nos sintomas hiperatividade/impulsividade, podem ser explicados pelo estudo de Hölzel et al. (2011), onde os autores descrevem como mecanismos cerebrais interagem entre si e com a prática da atenção plena acontece a regulação da atenção, consciência corporal, regulação emocional, e mudança na perspectiva de self, esses elementos quando combinados entre si, levam também a autorregulação.

Portanto, é possível concluir com os autores, Gonzalez et al. (2023) e Janssen et al. (2018), que o tratamento do TDAH não deve ser feito apenas com intervenção mindfulness, mas este deve estar em complemento com as terapias tradicionais, como já citado por Wolraich (2019) como a combinação da terapia comportamental, que através das contingências e um ambiente propício promovem melhora de comportamentos interferentes e o tratamento medicamentoso com psicoestimulantes, como por exemplo, o metilfenidato, lisdexanfetamina e atomoxetina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível concluir que todos os artigos selecionados mostraram a eficácia do mindfulness nos sintomas de TDAH, ainda que alguns autores apontam uma melhora maior na desatenção do que nos sintomas de hiperatividade/impulsividade, pois a meditação tem enfoque principalmente na atenção no momento presente e na consciência corporal, que consequentemente auxilia nos aspectos atencionais. Também foi possível a constatação de melhora em funções executivas que tipicamente estão afetadas no transtorno e nos construtos de habilidade de mindfulness, auto compaixão, estresse e ansiedade.

Os resultados também indicam a necessidade de colocar o mindfulness como complemento ao tratamento tradicional, e não como substituto, uma vez que a maior eficácia aparece diante da junção destes, trazendo melhora nos sintomas e no funcionamento global do paciente.

Contudo, diante da variedade de artigos de diferentes metodologias não foi possível estabelecer correlações entre sintomas específicos e as

intervenções de mindfulness, visto que os tipos de intervenções também foram heterogêneas, se tratando de um campo de pesquisa recente, ainda mais quando pensado em relação aos sintomas específicos do TDAH e o perfil complexo do transtorno que ainda não pode ser estabelecido em um perfil único são necessárias mais pesquisas nesse sentido.

REFERÊNCIAS

- APA. **APA Dicionário de Psicologia**. 2. ed. Washington, Dc: American Psychological Association, 2015.
- APA. **Manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais: DSM-5™**, 5th ed.
- BARKLEY, R. A.; MURPHY, K. R. **Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment**. A Clinical Workbook. [s.l.] New York Guilford Press, 2008.
- BUCKNER, R. L.; ANDREWS-HANNA, J. R.; SCHACTER, D. L. The Brain's Default Network. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1124, n. 1, p. 1–38, mar. 2008.
- CAIRNCROSS, M.; MILLER, C. J. The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapies for ADHD: A Meta-Analytic Review. **J Atten Disord**, p. 627–643, 2020.
- CHEN, S.-C.; et al. Massage therapy for the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 42, p. 389–399, fev. 2019.
- CHERKASOVA, M. et al. Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. **Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 47–54, 22 fev. 2013.
- CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias**, v. 34, n. 6, p. 428–431, dez. 2007.
- DIAMOND, A. Executive Functions. **Annual Review of Psychology**, v. 64, n. 1, p. 135–168, 3 jan. 2013.
- DURSTON, S.; et al. Differentiating frontostriatal and fronto-cerebellar circuits in attention-deficit/hyperactivity disorder. **Biol Psychiatry**, Nova Iorque, v.12, n 69, p 1178-1184, jun. 2011.
- GATICA-FERRERO, S. A.; et al. Velocidad de procesamiento en escolares chilenos con y sin Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 41, n. 2, 23 maio 2023.
- GERMER, C. K. **Mindfulness: O que é? Qual é a sua importância?** In: GERMER, C.K.; FULTON, P. R.; SIEGEL, R. D. *Mindfulness e psicoterapia*, 2 ed, p 2-36, Guilford Press, 2005.

GONZALEZ, N. A.; et al. A Systematic Review of Yoga and Meditation for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. **Cureus**, v. 15, n. 3, 14 mar. 2023.

HEPARK, S.; et al. The Efficacy of Adapted MBCT on Core Symptoms and Executive Functioning in Adults With ADHD: A Preliminary Randomized Controlled Trial. **J Atten Disord**, p. 351–362, 2019.

HÖLZEL, B. K.; et al. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. **Perspectives on Psychological Science**, v. 6, n. 6, p. 537–559, 14 out. 2011.

JANSSEN, L.; et al. Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. **Psychological Medicine**, v. 49, n. 1, p. 55–65, 28 fev. 2018.

JANSSEN, L.; et al. The Feasibility, Effectiveness, and Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Adults With ADHD: A Mixed-Method Pilot Study. **J Atten Disord**, p. 928–942, 2020.

KILLINGSWORTH, M. A.; GILBERT, D. T. A Wandering Mind Is an Unhappy Mind. **Science**, v. 330, n. 6006, p. 932–932, 2010.

MASON, M. F. et al. Wandering Minds: The Default Network and Stimulus-Independent Thought. **Science**, v. 315, n. 5810, p. 393–395, 19 jan. 2007.

OLIVA, F. et al. The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. **J Affect Disord**, p. 475–486, 2021.

POISSANT, H. et al. Behavioral and Cognitive Impacts of Mindfulness-Based Interventions on Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. **Behavioural Neurology**, v. 2019, p. 1–16, 4 abr. 2019.

POLANCZYK, G. et al. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. **American Journal of Psychiatry**, v. 164, n. 6, p. 942–948, 1 jun. 2007.

PURPER-OUAKIL, D.; et al. Neurobiology of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. **Pediatric research**, v. 69, n. 5 Part 2, maio 2011.

SIBALIS, A. et al. An EEG Investigation of the Attention-Related Impact of Mindfulness Training in Youth With ADHD: Outcomes and Methodological Considerations. **J Atten Disord**, p. 733–743, 2019.

SZOBOT, C. M. et al. Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. suppl 1, p. 32–35, maio 2001.

THAPAR, A. et al. Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. **Br J Psychiatry**, **Manchester**, v. 174, n. 2, p. 105–111, fev. 1999.

VAN DAM, N. T. et al. Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and Meditation. **Perspectives on psychological science**: a journal of the Association for Psychological Science, v. 13, n. 1, p. 36–61, 2018.

WOLRAICH, M. L. et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. **Pediatrics**, v. 144, n. 4, p. Article e20192528, 2019.

XUE, J.; et al. Meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on ADHD symptoms. **Medicine**, p. e15957–e15957, 2019.

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO A CASOS DE TEA EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

Ana Priscila Batista¹

Laura Beatriz Bora²

O TEA é um transtorno de neurodesenvolvimento que, segundo o DSM-5-TR (APA, 2023), caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação e interação social em diversos contextos, além de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Esses sintomas surgem precocemente, causando prejuízos significativos no funcionamento social, profissional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo, desde a infância.

Existem diversas abordagens e métodos de avaliação e intervenção no TEA oferecidos pela Psicologia. Dentre as linhas teóricas, encontra-se a Análise Comportamental Aplicada (ABA), baseada no Behaviorismo Radical de Skinner, a qual não é apenas um método, mas um braço empírico da ciência do comportamento. A intervenção com ABA envolve a observação de comportamentos excessivos ou disruptivos a serem extintos, e a maximização de comportamentos desejáveis, sempre respeitando as individualidades de cada sujeito (Bagaioli; Guilhardi; Romano, 2011). Pesquisas (Andalécio *et al.*, 2019; Gomes *et al.*, 2019) demonstram a eficácia dessas intervenções e a importância da capacitação de pais e cuidadores, promovendo melhores resultados.

Já a intervenção psicanalítica visa a reestruturação psíquica, especialmente em crianças, com foco no desenvolvimento da capacidade simbólica e da linguagem, respeitando as singularidades dos sujeitos (Gonçalves *et al.*, 2017). Na psicanálise, diversas abordagens são adotadas, com base em autores como Melanie Klein, Lacan e outros seguidores de Freud (Gonçalves *et al.*, 2017). Em geral, a Psicologia destaca a relevância do diagnóstico e da intervenção precoce para um prognóstico favorável, promovendo melhorias significativas para as crianças (Rios; Camargo, 2019).

¹ Doutorado em Educação (UFPR). Professora (UNICENTRO). CV: <https://is.gd/p695n0>

² Psicóloga (UNICENTRO). CV: <http://lattes.cnpq.br/3520082507844097>

No Brasil, segundo Portolese *et al.* (2017), a maior parte dos atendimentos é realizada por ONGs, Associações de Amigos Autistas (AMA) e APAEs, com destaque para a região Sudeste, principalmente em São Paulo. É fundamental que os atendimentos envolvam também as famílias, devido à grande implicação dos pais e cuidadores no processo. Estudos (Misquiatti *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2019; Menotti *et al.*, 2019) ressaltam que a participação ativa de pais e cuidadores nos programas de intervenção melhora os resultados. A pesquisa de Koegel *et al.* (2002) destaca a relevância do envolvimento dos cuidadores em áreas distantes dos grandes centros, onde a oferta de serviços especializados é limitada. No contexto escolar, o psicólogo deve analisar os recursos disponíveis e levantar as necessidades dos professores, trabalhando com a equipe pedagógica para otimizar as práticas educacionais e promover a autonomia dos alunos com TEA (Acuna, 2017).

Diante da importância do trabalho psicológico em diferentes contextos, seja em consultórios, saúde ou educação, é essencial conhecer como esses atendimentos ocorrem em municípios de pequeno porte, afastados de grandes centros. Assim, esta pesquisa teve como objetivo mapear como os profissionais da psicologia atendem crianças e adolescentes com TEA e suas famílias, tanto na rede pública quanto na privada.

DESENVOLVIMENTO

A pesquisa contou com a participação de 20 profissionais de Psicologia que atuavam em dispositivos da rede pública (n=6), consultório privado (n=11) e ambos (n=3), em um município de pequeno porte no interior do Paraná. A amostra foi selecionada por conveniência e composta por 18 mulheres e dois homens. A faixa etária dos participantes variou entre 23 e 53 anos, sendo que 13 tinham entre 23 e 33 anos, cinco entre 34 e 44 anos, e dois entre 45 e 53 anos.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário abordando informações gerais como idade, sexo, ano de formação, tempo de exercício da profissão e tempo na atual função. Além disso, foram questionados sobre cursos, qualificações e especializações, incluindo formações específicas na área do TEA, bem como a experiência no atendimento a esses casos. Após essa etapa, os participantes foram submetidos a uma entrevista semies-

truturada com perguntas sobre a perspectiva teórica adotada, o formato das sessões, o processo psicoterapêutico e os destinatários do atendimento (crianças, pais, grupos ou professores). Também foram levantadas informações sobre a existência de diagnóstico prévio e sua origem, bem como os procedimentos adotados nos casos sem diagnóstico.

O levantamento dos profissionais foi realizado com o auxílio do Conselho Regional de Psicologia do Paraná. Após o contato com os profissionais, aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam ao questionário. A coleta ocorreu, na maioria dos casos, no próprio ambiente de trabalho dos participantes. Onze profissionais que já haviam atendido ou estavam atendendo crianças e adolescentes com TEA prosseguiram para a entrevista semiestruturada, que foi gravada com autorização e posteriormente transcrita para análise. O tempo médio de coleta de dados foi de aproximadamente 30 minutos por participante.

A análise dos dados ocorreu por meio de metodologia quantitativa e qualitativa. A abordagem quantitativa utilizou medidas descritivas, enquanto a qualitativa foi conduzida por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), na qual foram elaboradas categorias com base na equivalência das respostas dos participantes.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP), sob o parecer de número 3.622.231/2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns dados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados coletados no questionário.

Participante	Tempo como Psicóloga/o*	Teoria**	Cursos sobre TEA***	Realizou atendimento de TEA***
P1	1 a	P	N	S
P2	6 m	P	N	N
P3	1 a	TCC	N	N

Participante	Tempo como Psicóloga/o*	Teoria**	Cursos sobre TEA***	Realizou atendimento de TEA***
P4	7 a	P	N	S
P5	11 a	AC	N	S
P6	7 a	TCC	S	S
P7	4 a	TCC	No	N
P8	15 a	P	N	S
P9	11 a	PS	N	N
P10	4 a	AC	N	N
P11	5 a	TCC	S	S
P12	11 a	PA	S	S
P13	11 a	P	S	S
P14	6 a	AC	N	S
P15	4 a	P	N	N
P16	1 a	P	N	N
P17	2 a	AC	N	N
P18	29 a	HC	S	S
P19	20 a	P	N	S
P20	6 m	TCC	S	N

* a= anos, m= meses

** P= Psicanálise, TCC = Terapia Cognitivo-Comportamental, AC = Análise do Comportamento, HC=Histórico-cultural, PA= Psicologia Analítica, PS = Psicologia Social

*** S= sim, N= não

Na Tabela 1, observa-se que apenas seis profissionais possuíam cursos ou especializações específicas na área do TEA, especialmente entre aqueles que já haviam atendido esse público. Este dado é importante pois pesquisas de Paula, Belisário Filho e Teixeira (2016) e Silva, Alckmin-Carvalho, Teixeira e Paula (2018) investigaram o conhecimento de acadêmicos de Psicologia sobre o TEA. Os resultados apontaram uma grande lacuna na formação acadêmica sobre o tema, sendo os alunos com

maior conhecimento os que haviam realizado pesquisas na área, não sendo uma temática amplamente abordada durante a graduação. Isso evidencia a importância da realização de cursos e capacitações continuadas para profissionais da Psicologia que atuam com o TEA, visto que a graduação pode não ser suficiente para garantir uma atuação eficaz com esse público, independentemente da abordagem adotada.

ENTREVISTAS

Foram analisadas e discutidas as 11 entrevistas realizadas com profissionais da rede pública e privada que já haviam atendido ou estavam atendendo crianças e/ou adolescentes com TEA, sendo que três atuavam em instituições escolares e oito em consultório particular. Foram criadas quatro categorias por equivalência de conteúdo para análise: diagnóstico; atendimentos com as crianças; envolvimento de familiares na intervenção; envolvimento de outros profissionais na intervenção.

DIAGNÓSTICO

Sobre o trabalho em instituições, P1 e P8 atuavam em escolas para crianças com necessidades educacionais especiais, e nenhum dos participantes acompanharam processos diagnósticos. P18, que já havia acompanhado processos diagnósticos, trabalhava em escolas públicas e disse que quando havia alguma suspeita, primeiramente era realizada uma conversa com cuidadores e professoras, para depois prosseguir com o processo de avaliação e diagnóstico. Na maioria dos casos, a criança era encaminhada para um médico neurologista.

Na clínica privada, todas as oito profissionais entrevistadas tiveram participação na avaliação e/ou diagnóstico das crianças e adolescentes com TEA. Quatro participantes (P6, P12, P14 e P19) citaram manuais e instrumentos validados que podem ser utilizados no processo de diagnóstico, sendo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais e as escalas *Modified Checklist for Autism in Toddlers - M-CHAT* (Robins; Fein; Barton, 1999) e *Childhood Autism Rating Scale - CARS* (Schopler; Reichler; Renner, 1998), esses dois instrumentos traduzidos e validados para o Brasil (Pereira, 2007). P4 e P13 apontaram que grande parte dos

casos atendidos já vieram com diagnóstico médico e que, muitas vezes, não concordavam com esse diagnóstico. Conforme apresentado por P4, *“recebo crianças que vem com um diagnóstico fechado, estruturado (...) como se realmente fosse um TEA, mas o que eu venho percebendo (...) é que muitos não têm um diagnóstico fechado de autismo como eu entendo que seria um diagnóstico de autismo (.sic).”* Ela também explica que busca construir um trabalho em conjunto com os outros profissionais em relação ao diagnóstico, mesmo que partindo de concepções teóricas diferentes.

Em relação às demais pessoas envolvidas, um dos pontos recorrentes nas falas é a participação dos pais no processo diagnóstico, o que, em sua maioria, é realizado por meio de entrevistas e preenchimento de instrumentos. Saulnier, Quirnbach e Klin (2011) destacam a importância da participação dos pais devido à necessidade de informação a respeito do desenvolvimento da criança, do histórico comportamental e também de acontecimentos sobre a gestação, parto e desenvolvimento pós-natal.

P12 disse que já fechou alguns diagnósticos e que, devido ao fato de ter cursos sobre TEA e a uma questão pessoal não relacionada à sua formação, o autismo acaba se tornando algo muito evidente. Conforme apresentado pela psicóloga *“eu tenho olho clínico para autismo muito certo (...) eu acho que é um dom do espírito santo, sabe? A teoria, realmente, mas eu acho que é alguma coisa além (...) e eu vejo que todos os profissionais têm dificuldade para dar esse diagnóstico (.sic).”* Com essa fala, fica claro que diversas variáveis, mesmo religiosas, influenciam a prática dessa profissional e podem enviesar o diagnóstico, aqui observado que o mesmo não está fundamentado em critérios técnico-científicos, o que pode acarretar em prejuízos para o indivíduo diagnosticado.

Segundo Braga *et. al.* (2022), não existem marcadores biológicos precisos para a detecção do TEA, o que leva ao fato de sua identificação ser feita por meio de um processo avaliativo que inclui tanto a observação sistemática dos padrões comportamentais quanto a aplicação de instrumentos de rastreios.

É importante destacar que o diagnóstico deve ser realizado por uma equipe com profissionais de várias especialidades, tais como médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicopedagogos. O envolvimento de diversas áreas e especialidades diz respeito tanto ao

processo diagnóstico quanto ao planejamento de intervenções com a criança e a família (Holanda, 2018).

ATENDIMENTOS COM AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TEA

A respeito das atuações em instituições escolares, P1 e P8 relataram que existiam atendimentos individuais programados e que alguns aconteciam em sala de aula, em sua maioria realizada de uma forma mais livre. P8 afirmou que o ponto central do trabalho com as crianças era a dimensão de corpo: *“essas crianças tinham uma forma de operar com o corpo bastante peculiar”*(.sic). Além disso, P8 também partia da ideia de ‘objeto autístico’ (.sic) para trabalhar com essas crianças. Esses objetos, pelo olhar da psicanálise, dizem respeito à objetos que pessoas com TEA possuem boa relação, ao contrário da relação com outras pessoas, que não é bem estabelecida (Leo; Couto, 2016).

Por sua vez, P18, especificou que seu trabalho se pauta mais em auxiliar e construir formas de atuação com as professoras e coordenação pedagógica, planejando oficinas/treinamentos, além das discussões dos casos. Ela também realiza atendimentos com as crianças, utilizando estratégias específicas para as demandas de cada uma, e realiza atividades em conjunto com os pais também. A psicóloga atua a partir da perspectiva Histórico-Cultural, a qual considera que crianças se desenvolvem muito mais a partir de relações com os outros, levando em consideração que a aprendizagem é social e a interação com o lúdico e outros símbolos é de extrema relevância (Monteiro; Bragin, 2016).

As outras psicólogas entrevistadas atenderam a crianças e adolescentes em clínica privada. Das oito entrevistadas, duas atendiam crianças com TEA pela perspectiva da Psicanálise, uma pela Terapia Cognitivo Comportamental e as outras cinco afirmaram que utilizavam o que denominavam de ‘Método ABA’. Em relação a essas últimas, três utilizavam a abordagem apenas para casos de TEA, sendo duas que atuavam com outros públicos a partir da TCC e uma pela Psicologia Analítica. P12 explicou que: *“A melhor forma de atender o autismo é a psicologia comportamental. (...) eu sou psicóloga analítica, mas desde que eu me formei (...) eu fiz os cursos, e todos os cursos que você faz de autismo, eles são baseados na terapia*

comportamental (.sic)”. Ela contou que os atendimentos sempre partiam das necessidades de cada criança, sendo necessário também entender se havia comorbidades. P14 embasava todos os seus atendimentos na Análise do Comportamento, com sessões bem estruturadas e planejadas. Ela destacou o trabalho com autoconhecimento, expressão corporal, relações interpessoais, comunicação e questão de regras e limites, por meio de brincadeiras, sempre partindo das preferências da criança.

Em relação aos atendimentos, de forma geral, é perceptível uma predominância de atividades pautadas no lúdico. Conforme apresentado por Panosso, Souza e Haydu (2015), a realização de atividades lúdicas, quando de forma programada e com objetivos específicos, são uma ótima ferramenta para intervenções com crianças e/ou adolescentes, facilitam a aprendizagem dos comportamentos e respostas a serem ensinadas, ajudando na manutenção e generalização de comportamentos para outros contextos.

Sobre os atendimentos descritos, é possível perceber a grande utilização da Análise do Comportamento Aplicada. Em uma revisão integrativa realizada por Carvalho Filha *et al* (2019), é possível notar que utilização da Análise do Comportamento Aplicada tem resultados eficazes nas intervenções em casos de TEA, já que visa a modificação de comportamentos através da análise de estímulos antecedentes e de suas consequências, não devendo ser reduzida apenas a uma intervenção para casos específicos. Oda (2018), reforça a importância de que haja boa formação e capacitação para que terapeutas atuem através da ABA em casos de TEA. A autora também apresenta que, como há grande repercussão da efetividade das intervenções e crescente número de casos de TEA, o reconhecimento dessa efetividade pode acarretar em alguns efeitos negativos, como a quantia de profissionais sem a devida capacitação denominando-se ‘terapeutas ABA’, o que pode ser prejudicial para os indivíduos que buscaram o tratamento.

Por sua vez, os atendimentos de P4 e P13, por meio da Psicanálise, não são estruturados. P13 explica que grande parte dos casos atendidos se tratam de uma ‘psicose não definida na infância’, apresentando que *“eu não vou falar para você que eu encontrei um TEA fechadinho, não, mentira. Todos são psicose não definidas na infância? Também não, mas existe, né?! E não existe tanto no discurso dos médicos (.sic)”*. Segundo Klinger, Reis e Souza (2011), o conceito de psicoses não definidas na infância surgiu em

1993 com Jerusalinsky, e foi utilizada também por Bernardino, em 2004 e Campanário, em 2008, os quais entendem o conceito como o que melhor contempla a criança enquanto um sujeito em constituição, em processo de desenvolvimento. Ou seja, não há cristalização do quadro de psicose ainda na infância, o que dá abertura para mudanças, visto que no tempo da infância as possibilidades de instauração de um quadro como o de psicose ainda está em aberto.

Dessa forma, é possível perceber que, nesse contexto, há diferenças significativas no atendimento por profissionais de diferentes abordagens, desde a forma de compreender o transtorno até a forma de intervir. Observou-se a predominância da Análise do Comportamento Aplicada, mesmo entre profissionais que dizem se utilizar de outras abordagens para avaliação e intervenção de outros casos que não de TEA.

ENVOLVIMENTO DE FAMILIARES NA INTERVENÇÃO

Neste tópico, percebe-se que há variações significativas em relação ao envolvimento dos familiares na intervenção com as crianças. P1 apresenta que há grande implicação de alguns pais na causa. Relatou que existe um grupo de mães na cidade para tratar de assuntos referentes ao TEA, as quais planejam eventos e buscam a conscientização da comunidade a respeito do transtorno. Nunes e Ortega (2016) destacam que o engajamento de pais e cuidadores é de grande relevância na luta por direitos e reconhecimento de pessoas com TEA.

Por sua vez, P14 apresenta que utiliza como base o estudo de um material previamente programado para que os pais entendam mais sobre o que chama de “método ABA”. Conforme apresentado pela psicóloga, ao iniciar os atendimentos, “[eu] já comunicava pros pais que nós iríamos trabalhar o material que eu tinha conhecimento, que era aquele método ABA, né, que tem até apostila (...) já marcava as sessões quinzenais com os pais, até a gente terminar o livro todo, né. (.sic).” É importante salientar que o método empregado pela psicóloga trata-se de psicoeducação, o qual visa levar informações e orientações aos pais a respeito do transtorno (Silva, 2016). P6 e P7 também relatam trabalhar com a finalidade de levar informações sobre o transtorno aos pais.

De forma semelhante à P14, P11 trabalha de forma a levar orientações para os pais através do desenvolvimento de cartilhas sobre seus filhos, a fim de auxiliar no entendimento das características da criança/adolescente, porém também cria estratégias para que os pais possam utilizar com seus filhos em casa. Conforme apresentado por Andrade, Oliveira e Teixeira (2017), tendo maior conhecimento a respeito das características de seus filhos, os pais atuam como co-terapeutas, ajudando a reduzir problemas comportamentais e promover a ampliação do repertório comportamental da criança, o que resulta em ganhos significativos para a intervenção.

Porém, um dos pontos recorrentes nas falas das profissionais é a resistência dos pais em aceitar o diagnóstico de TEA dos filhos, o que é muito prejudicial, principalmente quando os pais decidem não dar prosseguimento a terapia dos filhos. Maia *et al* (2016) destacam a necessidade da realização de um bom acolhimento aos pais e/ou cuidadores dessas crianças e adolescentes com o TEA, além da importância do profissional que for realizar o acolhimento ser bem informado e saber ouvir e auxiliar os pais.

ENVOLVIMENTO DE OUTROS PROFISSIONAIS NA INTERVENÇÃO

No que diz respeito aos atendimentos realizados por P1 e P8, as próprias escolas possuíam outros profissionais, como professores, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, e, no caso de P8, médico e assistente social. P1 apresenta que há envolvimento desses profissionais, porém relata que, em sua maioria, não possuem formação específica para trabalhar com crianças com TEA. P18 afirma que há o envolvimento da equipe pedagógica, profissionais da rede que atuam no Centro de Referência da Assistência Social, no Centro de Referência Especializado da Assistência Social e médicos.

Em relação às profissionais da clínica privada, é possível perceber que há certa similaridade, envolvendo principalmente profissionais da fonoaudiologia, da terapia ocupacional, da medicina, como pediatras e neuropediatras, da fisioterapia, e a equipe docente e pedagógica da escola em que a criança estuda. Ao ser questionado sobre como era o relacionamento das psicólogas com os outros profissionais, P6 apresenta que trabalhar com profissionais conhecidos facilita troca de relatórios, por exemplo.

Além do trabalho em equipe com profissionais da saúde, um dos pontos relatados com frequência é o envolvimento da escola. Estudos (Azevedo, 2017; Schmidt *et al*, 2016) demonstram que poucos profissionais da educação possuem formação para trabalhar com educação especial, e uma porcentagem ainda menor para trabalhar especificamente com TEA. Dessa forma, torna-se muito importante a atuação do psicólogo junto a equipe pedagógica e docente, auxiliando em um melhor entendimento sobre o transtorno. P6 afirma que *“tem escola que a gente já conhece que não aceita muito contato, que não querem. (sic)”*. Ela também afirmou que percebe que o acompanhamento das crianças, principalmente das mais novas, é realizado por estagiários, não por acompanhante especializado. Este dado relaciona-se com o apresentado por P18, a qual apresenta que há falta de professores para acompanhar essas crianças, além da falta de recursos financeiros do município, e por isso é inserido mais estagiários para acompanhar as crianças pequenas com TEA, considerando que o acompanhamento em sala de aula regular não pode ser realizado por estagiários, por isso são inseridos para trabalhar com as crianças menores, principalmente em creches.

É imprescindível o envolvimento dos profissionais da educação na atuação com essas crianças, sendo necessário repensar o currículo escolar e a prática pedagógica, além de entender o conhecimento desses agentes acerca do transtorno e do perfil de seus alunos com TEA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicam diferentes abordagens na avaliação e intervenção do TEA, com predomínio da ABA, mesmo entre profissionais de outras linhas. Há desafios na formação, na colaboração entre profissionais e na aceitação parental do diagnóstico, reforçando a necessidade de capacitação continuada e atuação interdisciplinar.

Esta pesquisa evidenciou a frequência com que psicólogas e psicólogos se deparam com a demanda relacionada ao TEA, bem como a diversidade de compreensões, avaliações e intervenções adotadas no contexto estudado. Observou-se uma variedade de práticas voltadas para crianças e adolescentes com TEA, seus familiares e a escola, sendo um dos achados mais preocupantes a carência de formação adequada para o atendimento desse público.

No que se refere às abordagens teórico-metodológicas, verificou-se uma prevalência do uso do “Método ABA” por profissionais de diferentes perspectivas teóricas, muitos dos quais não possuem formação específica na área, tendo apenas realizado cursos de curta duração. Essa lacuna formativa pode comprometer tanto a compreensão quanto a qualidade das intervenções, considerando que a abordagem ABA exige capacitação aprofundada para ser adequadamente aplicada.

Vale destacar que os achados deste estudo se referem a uma amostra reduzida e restrita a um único município. Para um panorama mais abrangente sobre o atendimento a pessoas com TEA, recomenda-se a realização de novas pesquisas com amostras maiores e a inclusão de outros profissionais envolvidos nesses atendimentos. Ainda assim, os resultados obtidos reforçam a importância de uma formação sólida e contínua, essencial para garantir um atendimento ético e tecnicamente qualificado a pessoas com TEA e seus familiares.

REFERÊNCIAS

ACUNA, J. T. **Interface entre psicologia e educação especial em contexto escolar**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Bauru.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-5-TR). Porto Alegre: Artmed, 2023.

ANDALÉCIO, A. C. G. S. A. M.; GOMES, C. G. S.; SILVEIRA, A. D.; OLIVEIRA, I. M.; CASTRO, R. C. Efeitos de 5 anos de intervenção comportamental intensiva no desenvolvimento de uma criança com autismo. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 25, n. 3, p. 389-402, 2019.

ANDRADE, A. A.; OLIVEIRA, A. L.; TEIXEIRA, I. A. Treinamento de pais. In: CAMARGOS JR, W. **Intervenção precoce no autismo – guia multidisciplinar**. Belo Horizonte: Ed Artesã, 2017. p. 27-43.

AZEVEDO, M. Q. O. de. **Estratégias de ensino e aprendizagem desenvolvidas com alunos com transtornos do espectro autista na escola regular: uma revisão integrativa da literatura**. 2017. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

BAGAIOLI, L.; GUILHARDI, C.; ROMANO, C. Análise aplicada do comportamento – ABA. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C. A. de. **Transtornos do Espectro do Autismo – TEA**. São Paulo: Memnon, 2011. p. 278-296.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRAGA, D. A.; SILVA, A. L.; MOURA, I. S.; ONOFRE, E. G. **Avaliação e diagnóstico do transtorno do espectro autista – TEA**. Conjecturas, v. 22, n. 13, p. 846-860, 2022.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NASCIMENTO, I. B. R. do; SANTOS, J. C. dos; SILVA, M. V. da R. S. da; MORAES FILHO, I. M. de; VIANA, L. M. M. Análise do Comportamento Aplicada ao transtorno do espectro autista: aspectos terapêuticos e instrumentos utilizados – uma revisão integrativa. **Revisa**, v. 8, n. 4, p. 525-536, 2019.

GOMES, C. G. S.; SOUZA, D. Das G. De; SILVEIRA, A. D.; RATES, A. C.; PAIVA, G. C. De C.; CASTRO, N. P. De. Efeitos da Intervenção Comportamental Intensiva realizada por meio da capacitação de cuidadores de crianças com autismo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, 2019.

GONÇALVES, A. P.; SILVA, B.; MENEZES, M.; TONIAL, L. Transtorno do Espectro do Autismo e Psicanálise: revisitando a literatura. **Tempo Psicanalítico**, v. 49, n. 2, p. 152-181, 2017.

HOLANDA, G. **Transtorno do Espectro Autista**: informação para pais, professores e profissionais da saúde. Jaboatão dos Guararapes – PE, 2018.

KLINGER, E. F.; REIS, B. K. dos; SOUZA, A. P. R. de. **A inclusão dos pais na clínica das psicoses infantis**. Estilos da Clínica, v. 16, n. 1, p. 96-115, 2011.

KOEGEL, R. L.; SYMON, J. B.; KOEGEL, L. K. **Parent education for families of children with autism living in geographically distant areas**. Journal Of Positive Behavior Interventions, v. 4, n. 2, p. 88-103, 2002.

LEO, M. B.; COUTO, L. F. S. **Sobre os Narcisismos e a Constituição de um Corpo no autismo**. Psicologia em Revista, v. 22, n. 2, p. 486-500, 2016.

MAIA, F. A. et al. **Importância do acolhimento de pais que tiveram diagnóstico do transtorno do espectro do autismo de um filho**. Cadernos De Saúde Coletiva, v. 24, n. 2, p. 228-234, 2016.

MENOTTI, A. R. S.; DOMENICONI, C.; BENITEZ, P. **Atividades aplicadas pelos pais para ensinar leitura para filhos com autismo**. Psicologia Escolar E Educacional, v. 23, 2019.

MISQUIATTI, A. R.; BRITO, M. C.; FERREIRA, F. T. S.; ASSUMPTÃO JR, F. B. Sobrecarga familiar e crianças com Transtornos do Espectro do Autismo: perspectiva dos cuidadores. Revista CEFAC, v. 17, n. 1, p. 192-200, 2015.

MONTEIRO, I. B.; BRAGIN, J. M. Práticas pedagógicas com autistas: ampliando possibilidades. Journal Of Research In Special Education Needs, v. 16, n. 1, p. 884-888, 2016.

NUNES, F.; ORTEGA, F. **Ativismo político de pais de autistas no Rio de Janeiro**: reflexões sobre o “direito ao tratamento”. Revista Saúde E Sociedade, v. 25, n. 4, p. 964-975, 2016.

ODA, F. S. Análise do comportamento e autismo: Marcos históricos descritos em publicações norte-americanas influentes. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, v. 20, n. 3, p. 86-98, 2018.

PANOSSO, M. G.; SOUZA, S. R.; HAYDU, V. B. Características atribuídas a jogos educativos: uma interpretação Analítico-Comportamental. *Revista Brasileira De Psicologia Escolar E Educacional*, v. 19, n. 2, p. 233-241, 2015.

PEREIRA, A. M. **Autismo Infantil: Tradução e Validação da CARS (Childhood Autism Rating Scale) para uso no Brasil**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ciências Médicas: Pediatria, Porto Alegre, 2007.

PORTOLESE, J. et al. Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. **Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 79-91, dez. 2017.

ROBINS, D. L.; FEIN, D.; BARTON, M. L. **Follow-up interview for the modified checklist for autism in toddlers (M-CHAT FUI)**. Self-published, 1999.

SAULNIER, C.; QUIRMBACH, L.; KLIN, A. Avaliação clínica de crianças com transtornos do espectro do autismo. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C. A. (Orgs.). *Transtorno Do Espectro Do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011. p. 159-172.

SCHMIDT, C. et al. Inclusão escolar e autismo: uma análise da percepção docente e práticas pedagógicas. *Revista Psicologia: Teoria E Prática*, v. 18, n. 1, p. 222-235, 2016.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R.; RENNER, B. *Childhood Autism Rating Scale (Cars)*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1998.

SILVA, A. J. M.; BARBOZA, A. A.; MIGUEL, C. F.; BARROS, R. da S. Evaluating the efficacy of a parent-implemented autism intervention program in Northern Brazil. *Trends In Psychology*, v. 27, n. 2, p. 523-532, 2019.

SILVA, I. F. da; DAMÁZIO, M. F. M. Alunos com autismo na escola comum: eis a questão. *Revista Brasileira De Psicologia Escolar E Educacional*, v. 21, n. 2, p. 349-361, 2019.

SILVA, L. V.; ALCKMIN-CARVALHO, F.; TEIXEIRA, M. C. T. V.; PAULA, C. S. Formação do psicólogo sobre autismo: estudo transversal com estudantes de graduação. *Revista Psicologia: Teoria E Prática*, v. 20, n. 3, p. 153-166, 2018.

SILVA, N. A. da. **Manejo de problemas de comportamento de crianças com transtorno do espectro autista**: estudo piloto baseado em um programa de psicoeducação comportamental. 2016. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.

VALENCIA-CIFUENTES, V.; BACERRA, L. **Terapias ABA en autismo**: Solución única a um problema múltiple? *Salutem Scientia Spiritus*, v. 5, n. 1, p. 50-53, 2019.

O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA FEMININO E O DIAGNÓSTICO TARDIO

Renata Guerra Ferreira Marques¹

Denise de Matos Manoel Souza²

O transtorno do espectro autista (TEA), de acordo com o DSM-V, caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do TEA requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (APA, 2014).

A versão atual do DSM apresenta o TEA como a condição que engloba transtornos antes chamados de autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (APA, 2014). Os sinais do TEA podem se apresentar nos 24 meses iniciais do indivíduo e podem gerar prejuízos bem significativos em seu funcionamento e que comprometem as áreas ocupacionais e sociais (ZANON ET AL., 2013).

Segundo Puig Jové (2016), em interações sociais, pacientes com TEA do sexo feminino apresentam maior consciência da necessidade de interação social e, portanto, um maior desejo de interagir com outras pessoas, também há uma capacidade de camuflar suas dificuldades em comunicações e copiar pessoas em seus modos de expressão e até suas personalidades. É comum que desenvolvam estratégias para se encaixar em grupos sociais e essas habilidades aprendidas e imitadas camuflam seus traços autísticos, sendo uma das possíveis explicações sobre porque pessoas do sexo feminino são diagnosticadas tardiamente com TEA (VASCONCELOS, 2022).

¹ Graduanda em Psicologia (UNIGRAN). CV: <http://lattes.cnpq.br/1541867859961413>

² Doutoranda em Psicologia (UCDB). Professora (UNIGRAN). CV: <http://lattes.cnpq.br/6413714296568114>

De acordo com Vasconcelos (2022), o fenômeno é chamado de camuflagem social ou *Masking*, que se refere a estratégias utilizadas por pessoas, em sua maioria, mulheres, com autismo, para camuflar ou mascarar comportamentos característicos do TEA, com o objetivo de se adaptar e atender às expectativas dos grupos que estão inseridos.

Para Kerchers (2022), a camuflagem social no contexto do TEA exige esforço considerável, gerando exaustão emocional e física. Interessante observar que, ao mesmo tempo que se configura como uma ferramenta adaptativa, tende a levar a experiências negativas de ansiedade, estresse, depressão, baixa autoestima, exaustão emocional, pensamentos suicidas, burnout etc. Com comprometimento da saúde mental, a socialização é prejudicada em diferentes esferas, como no ambiente familiar, educacional, laboral, afetivo e social (BARGIELA, STEWARD; MANDY, 2016; RAYMAKER et al., 2020).

Vasconcelos (2022) aponta que meninas com autismo têm dificuldades em lidar com conflitos de forma sutil como as demais meninas fazem. São formas de agressividade passiva e comportamentos não-verbais, que socialmente se tornam mais difíceis de compreender. Tudo isso poderia dar uma explicação razoável para o fato de que meninas com TEA tendem a se isolar socialmente e têm mais problemas afetivos e emocionais como depressão, baixa autoestima e ansiedade (CRIDLAND et al., 2014; SOLOMON et al., 2012).

Este artigo propõe explorar o autismo feminino e os desafios associados ao diagnóstico tardio, devido ao baixo índice de diagnóstico do TEA feminino. Ao abordar essa lacuna na literatura, busca-se entender as características distintas do autismo em mulheres, as razões por trás dos diagnósticos tardios e as implicações desses atrasos na qualidade de vida das mulheres autistas.

REVISÃO DE LITERATURA

Transtorno do espectro autista

O Transtorno do Espectro do Autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento e suas características essenciais, trazidas pelo DSM-V, são déficits persistentes na comunicação social e na interação social em

múltiplos contextos e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesse ou atividades (DSM-5-TR, 2023). Essas características podem então variar de acordo com quatro especificadores clínicos: linguagem, inteligência, comorbidade e necessidades de suporte, apesar de todos os casos atenderem aos mesmos critérios diagnósticos. Idade e sexo representam fontes adicionais de variação que contribuem para a ampliação e, portanto, para a heterogeneidade de possíveis fenótipos consistentes com os critérios diagnósticos do autismo (MOTTRON; BZDOK, 2020).

Para Kerchers (2022), o cérebro no TEA apresenta funcionamento atípico. As alterações cerebrais podem se desenvolver ainda intraútero e ocorrer em níveis estrutural e funcional, especialmente relacionadas ao excesso e desorganização de neurônios e conexões cerebrais. Ao nascimento, o cérebro no TEA já costuma ser hiperexcitado e mais imaturo, com prejuízos em habilidades como imitação, prejudicando oportunidades de aprendizado desde cedo e a especialização neuronal. Um desequilíbrio entre os sistemas excitatório e inibitório, com predomínio do primeiro, também se relaciona aos mecanismos neurobiológicos do TEA. A agitação e o comportamento em “excesso” frequentemente observados podem estar relacionados com essa hiperexcitabilidade cerebral, associada, por vezes, a alterações sensoriais.

Segundo Mas (2018), os Transtornos do Espectro Autista têm diferentes graus e pode manifestar-se desde a primeira infância, no entanto, as características e desenvolvimento peculiares podem a princípio serem confundidos com personalidade forte, com a individualidade peculiar, e assim, esse indivíduo vai crescendo e amadurecendo, potencializando as características que já eram originárias do TEA, levando à vida adulta um convívio com limitações e falta de compreensão (DA SILVA et. al 2023).

No que se refere a vida da pessoa com autismo, segundo da Silva, dos Santos, Grabowski e Alves (2023), o diagnóstico é uma situação que desencadeia alterações na vida da família e do indivíduo, constituindo uma situação que repercute na mudança da rotina diária, na readaptação de papéis e ocasiona efeitos diversos no âmbito ocupacional, financeiro e das relações familiares. Porém, a ausência desse momento impactará ainda mais o paciente ao decorrer dos anos, visto que ao receber o diagnóstico

precoce do TEA ampliam-se as chances de desenvolvimento dos aspectos motores, cognitivos e sociais.

Características específicas no TEA feminino

Lai et al. (2015) e Hiller, Young e Weber (2014) afirmam que, se o que se sabe do autismo refere-se principalmente a casos de autismo masculino, não se pode utilizar esse conhecimento para comparar os indivíduos com autismo em ambos os gêneros (masculino e feminino). Este argumento faz refletir se é preciso mudar esses critérios comportamentais e o modo de ver o transtorno para um modo mais “neutro”, livre de preconceitos e igualmente avaliado, independentemente do gênero (VASCONCELOS, 2022).

Observa-se também que, o Transtorno do Espectro do Autista (TEA) é menos recorrente em mulheres e por isso, há menos estudos específicos e direcionados a esse público. Fato que, dificulta o diagnóstico precoce desses pacientes e impacta a qualidade de vida e o desenvolvimento saudável (MALAGONI; LUZ, 2021).

Segundo Kerchers (2022), uma a cada 44 crianças é diagnosticada com TEA e a prevalência é de 4,2 meninos para 1 menina, de acordo com a pesquisa mais recente do Centers for Disease Control (CDC), órgão americano, divulgada em dezembro de 2021 (MAENNER ET AL., 2021). Porém, a comunidade científica estuda a necessidade de critérios mais específicos para o diagnóstico do TEA em meninas, uma vez que o cérebro feminino apresenta maior capacidade para imitação, habilidades sociais e empatia, além de menor tendência a comportamentos externalizantes, como agitação e agressividade. Características mais sutis do TEA podem ser mascaradas, especialmente em meninas.

Algumas crianças já apresentaram características nos primeiros meses de vida, enquanto outras podem ter um período de desenvolvimento típico ou próximo do esperado e, depois, perder habilidades. Em casos mais funcionais, as características podem ser sutis ou mascaradas por estratégias sociais aprendidas tornando-se mais claras com o aumento das demandas sociais. Em todos os casos, as características devem estar presentes na primeira infância, antes dos 3 anos (ainda que o diagnóstico seja tardio) e deve existir prejuízo social (KERCHERS, 2022). Segundo Pierce et al. (2019), o diagnóstico estável do TEA pode ser realizado a partir dos 14 meses.

Por muitos anos, meninas autistas só conseguiam ser diagnosticadas caso suas características fossem mais próximas do autismo masculino. Estudos recentes mostram que existem diferenças importantes entre a forma como o autismo se apresenta em homens e em mulheres (Paschoal, 2019). Geralmente, meninas conseguem desenvolver suas habilidades sociais de maneira mais efetiva que os meninos, é comum que pais e mães demorem em levar o caso de suas filhas para especialistas. As meninas estabelecem amizades e demonstram menos prejuízo nas funções cognitivas (comparando-as aos pacientes masculinos), mas muitas vezes a possibilidade do autismo é deixada de lado em detrimento de outros distúrbios como o Transtorno de Ansiedade, TDAH, entre outros.

Ainda sobre a especificidade do TEA feminino, mulheres autistas apresentam grande interesse por leitura de ficção, teatros, novelas e livros de linguagem corporal. Visto que as autistas possuem dificuldade de compreensão de situações sociais, esse hiperfoco é justificado por essas obras transparecerem os sentimentos e pensamentos interiores dos personagens e assim as frases lidas ou escutadas são assimiladas com o cotidiano. Dessa maneira, representam para as autistas um mundo onde compreendem e são compreendidas. Bonecos e amigos imaginários também são comuns, pois, através deles as meninas autistas reproduzem eventos passados e futuros, com o objetivo de decodificá-los (ATTWOOD, 2007).

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo desenvolveu-se a partir de uma revisão bibliográfica, por meio de pesquisa de artigos e livros, em busca de informações importantes para a ampliação do referencial relativo ao Transtorno do Espectro Autista Feminino e o Diagnóstico Tardio, como forma de responder ao problema: Quais os desafios no diagnóstico tardio do TEA em mulheres? A partir deste questionamento busco saber melhor sobre os impactos das consequências emocionais, sociais e acadêmicas para as mulheres que recebem o diagnóstico na idade adulta.

Foram pesquisados artigos nas bases: Google Scholar, SciELO, Index Psicologia – Periódicos. Para as buscas foram utilizados os seguintes descritores: “autismo”, “TEA Feminino” e “*Masking*”. Foram utilizados ainda, o filtro com artigos do tipo relato de caso e apenas últimos cinco

anos (2019-2023). As bases foram escolhidas pela ligação à área de saúde e por apresentarem como resultados estudos gratuitos utilizando os DECS/MESH: Autismo Feminino.

Para o Google Scholar, foi aplicado ainda o filtro: resultados mais relevantes em forma de artigo e livro. Assim, procedeu-se ao download dos artigos e livros para leitura de resumo e títulos. A coleta de dados seguiu as etapas: a) Leitura Exploratória (leitura rápida para ver adequação do artigo ao trabalho); b) Leitura seletiva (leitura mais aprofundada para a coleta de informações com vistas a responder aos objetivos geral e específicos, nos idiomas português e inglês); c) Registro das informações extraídas das fontes (autores, método, resultado e conclusão). Dentre os artigos selecionados realizou-se a leitura exploratória para verificar a adequação dos artigos com o tema escolhido: Abordar estudos sobre as características específicas do TEA feminino e os impactos no diagnóstico tardio, assim como a camuflagem social ou *masking*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo revela a complexidade do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em mulheres, destacando a camuflagem social como um fator crucial que contribui para o diagnóstico tardio. De acordo com Kerches (2022), as mulheres autistas frequentemente empregam estratégias de camuflagem, que incluem a imitação de comportamentos sociais típicos, para se adaptar às expectativas sociais, o que pode levar a um aumento da ansiedade e da depressão. Esses fenômenos são exacerbados pela expectativa cultural de que meninos e meninas se comportem de maneira diferente, resultando na subavaliação das dificuldades enfrentadas pelas mulheres autista. Além disso, Kerches (2022) afirma que o reconhecimento tardio do TEA em mulheres não apenas compromete seu desenvolvimento emocional e social, mas também acarreta prejuízos significativos em sua qualidade de vida. Portanto, a necessidade de uma abordagem diagnóstica mais sensível e informada, que considere as particularidades do TEA feminino, é vital para garantir que essas mulheres recebam o suporte necessário desde a infância.

Segundo o DSM-5TR (2023), as características comportamentais do transtorno do espectro autista tornam-se inicialmente evidentes na

primeira infância, com alguns casos apresentando falta de interesse em interações sociais no primeiro ano de vida. Algumas crianças com TEA apresentam platôs ou regressão no desenvolvimento, com uma deterioração gradual ou relativamente rápida em comportamentos sociais ou uso da linguagem, frequentemente durante os dois primeiros anos de vida. Tais perdas são raras em outros transtornos, podendo ser um sinal de alerta útil para o transtorno do espectro autista. Muito mais incomuns e merecedoras de investigação médica ampla são perdas de habilidades além da comunicação social (p. ex., perda do autocuidado, do controle de esfíncteres, de habilidades motoras ou as que ocorrem após o segundo aniversário (APA, 2014).

De acordo com Cook, Hull e Mandy (2021), o autismo não é uma condição de saúde mental, mas as pessoas autistas correm alto risco de desenvolver problemas de saúde mental. Um estudo seminal descobriu que, numa amostra comunitária de jovens autistas, 70% tinham pelo menos um diagnóstico de saúde mental e 40% tinham dois ou mais (SIMONOFF et al., 2008). Estas taxas muito elevadas de dificuldades de saúde mental persistem na idade adulta, embora a natureza precise das dificuldades de saúde mental persiste na idade adulta corre o risco de mudar com o desenvolvimento. Na infância, as dificuldades de ansiedade e os desafios de regulação emocional e comportamental (p. ex., transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno desafiador de oposição) são mais comuns. Na idade adulta predominam os problemas de depressão e ansiedade; e as taxas de suicídio são substancialmente mais altas para autistas, em comparação com adultos não autistas (CASSIDY, RODGERS, 2017; LAI, KASSEE, BESNEY, et al 2019).

Para Kerchers (2022), o funcionamento cerebral feminino apresenta diferenças, mesmo que sutis, em sua arquitetura e atividade, sendo que, em relação ao TEA, é relevante destacar a maior densidade de neurônios em áreas relacionadas à linguagem (que contempla característica central no TEA), associada à maior habilidade para imitação, habilidades sociais, comunicativas e empatia (SKUSE, 2009). Isso pressupõe menores dificuldades para relações sociais (HILLER; YOUNG; WEBER, 2014), interesses restritos que podem passar despercebidos ou não serem considerados “atípicos” (Lai et al., 2015), menor tendência a externalizar problemas (como agressividade, inquietude e comportamentos disruptivos em geral)

e maior uso de estratégias de camuflagem social (HULL; PETRIDES; MANDY, 2020). Adiciona-se a isso o fato de a sociedade esperar comportamentos distintos entre meninos e meninas, o que afeta a apresentação sintomatológica do TEA feminino, fazendo com que características mais sutis presentes em algumas meninas fiquem mascaradas, atrasando seus diagnósticos.

Segundo Lobato e Teles (2020), o autismo se caracteriza pelo desenvolvimento diferente do habitual, ou seja, de maneira desordenada, lenta ou alterada, de forma que a pessoa com autismo apresenta prejuízos na socialização, comportamento físico e emocional de maneira repetitiva, e focalizado. O autismo, também chamado de Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado em quadro clínico, não existe um exame específico que faça o diagnóstico, e sim uma série de análises de testes e mapeamentos (ALVES et al., 2023).

A discussão destaca a importância de uma abordagem mais sensível e informada sobre o TEA feminino, que considere as especificidades de gênero e o impacto da camuflagem social na vida das mulheres autistas. O diagnóstico precoce é fundamental para garantir que essas mulheres recebam o suporte necessário, melhorando assim sua qualidade de vida e desenvolvimento pessoal. No que se refere diagnóstico do espectro autista feminino, de acordo com Kerchers (2022), é possível que muitas meninas e mulheres, em todo o mundo lidam hoje com prejuízos relacionados ao TEA sem nunca terem sido diagnosticadas ou tendo recebido diagnósticos equivocados, o que acarreta prejuízos às mais diversas áreas de funcionamento na qualidade de vida.

Segundo Kerchers (2022), é cultural esperar comportamentos diferentes entre meninos e meninas. Por exemplo, uma menina no espectro autista nível 1, que apresenta alguma dificuldade na comunicação e interação social, que não goste de brincar com outras crianças, pode ser considerada, por exemplo, uma criança mais tímida. Por outro lado, meninos que se comportam de maneira mais retraída chamam mais a atenção, uma vez que são naturalmente mais inquietos e exploradores. Nesse sentido, muitos comportamentos femininos são subvalorizados para o diagnóstico de TEA, inclusive por profissionais da saúde e educação (BARGIELA, STEWARD; MANDY, 2016).

Ainda sobre o diagnóstico precoce, Kerches (2002) destaca que, meninas com TEA níveis 2 e 3 são diagnosticadas mais precocemente, pois apresentam prejuízos e comprometimentos mais facilmente identificáveis. Já as meninas com TEA nível 1 podem apresentar comprometimentos que inicialmente não chamam a atenção. São, em geral, aquelas que apresentam menor intenção e iniciativa comunicativa, literalidade, dificuldade em compreender sutilezas sociais; falam mais sobre assuntos de seus interesses; apresentam déficits atencionais ou hiperfoco; brincam mais sozinhas e exibem interesses restritos e ações repetitivas no brincar que podem passar despercebidos (como colocar e tirar a roupa de uma boneca repetidamente, brincar só com uma panelinha etc.); entre outras.

O fato de comumente receberem o diagnóstico de TEA mais tardiamente, muitas vezes na adolescência ou na vida adulta (quando se aumentam as demandas sociais), evidencia os desafios que parecem refletir particularidades no funcionamento cerebral e comportamento femininos, questões biológicas, culturais e sociais, além do fato de características subjacentes não estarem bem contempladas nos atuais critérios diagnósticos para TEA (KIRKOVSKI et al., 2013; KERCHES 2022).

De acordo com Alves, da Silva, dos Santos e Grabowski (2023), analisando a importância do diagnóstico do autismo de maneira precoce, a possibilidade de o tratamento adequado pode ser iniciado de maneira mais eficaz na infância, proporcionando efeitos positivos e satisfatórios na vida do indivíduo e no convívio social com outras pessoas. Segundo Lobato, Martins e Teles, (2020) quanto mais tardio o diagnóstico, mais tempo esse indivíduo esteve sem tratamento adequado, mais tempo esteve inerte a suas aflições e traumas, fazendo com que seu tratamento deva ser mais intenso e aplicado de maneira paciente e gradual. Ainda explicando as dificuldades encontradas após o diagnóstico tardio de autismo e amparo, como menciona a lei 12.764 de 2012, através da narrativa de Lobato, Martins e Teles (2020 p. 13)

O diagnóstico tardio do TEA em mulheres é influenciado por diversos fatores, sendo um dos principais a camuflagem social, também conhecida como *masking*. Este fenômeno se refere às estratégias que muitas mulheres autistas utilizam para ocultar suas dificuldades sociais e se adaptar às expectativas sociais. Essas estratégias, embora possam permitir uma

maior integração social, frequentemente resultam em exaustão emocional e física, contribuindo para o surgimento de problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão (KERCHES, 2022).

A camuflagem social se refere a um conjunto de estratégias conscientes ou inconscientes, explicitamente aprendidas ou implicitamente desenvolvidas pelo próprio indivíduo com TEA, a fim de “mascarar” comportamentos característicos do espectro autista com o objetivo de adaptação e de atender às expectativas dos mais diversos contextos sociais (KERCHES, 2022; HULL; PETRIDES; MANDY, 2020).

Ainda sobre a camuflagem social, de acordo com Cook, Hull e Mandy (2021), exemplos comuns de estratégias de camuflagem incluem suprimir movimentos repetitivos das mãos, forçar o contato visual, usar roteiros de conversação e usar regras aprendidas para responder ao comportamento não verbal dos outros. Um conceito relacionado que evoluiu concomitantemente com a camuflagem é o de compensação (LIVINGTON; HAPPÉ, 2017).

Segundo Senise (2022), a depressão é uma condição que causa sentimentos persistentes de tristeza e/ou desesperança, com humor irritável, maior isolamento social e até mesmo pensamentos suicidas. A depressão no autista está relacionada à sensação de não pertencimento, ao sofrimento causado pelo bullying, à rejeição social e à sensação de não suprir as expectativas familiares. À medida que o autista cresce, ano a ano, ele vai se tornando mais consciente de suas diferenças e de sua inabilidade de pertencimento, levando a um risco cada vez maior de depressão, especialmente na adolescência.

Em referência a ansiedade, de acordo com Senise (2022), ansiedade, de modo geral, é um estado subjetivo de apreensão ou tensão, difuso ou vago, frequentemente acompanhado por uma ou mais sensações físicas – como aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca, da respiração, urgência de micção ou defecação – induzidas pela expectativa de perigo, dor ou necessidade de um esforço especial. É, sem dúvida, um problema sério para muitas pessoas do espectro autista, que experimentam a ansiedade com maior frequência e intensidade. Pesquisas mostram que cerca de 40 a 66% das pessoas no espectro autista apresentam transtornos ansiosos.

Para Vasconcelos (2022), mulheres com TEA apresentam menos padrões repetitivos e seus interesses tendem a envolver pessoas ou animais, como grande apego a um animal de estimação ou um ursinho de pelúcia, coisas que passam despercebidas em relação a características do espectro. Ao serem levados a um diagnóstico, muitos pacientes recebem um laudo “errado” para somente mais tarde serem encaixados no TEA. Meninos, geralmente, recebem laudos de TDAH, enquanto meninas recebem diagnósticos de depressão ou ansiedade (PUIG JOVÉ, 2016).

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e o TEA são transtornos do neurodesenvolvimento. Ambos afetam o comportamento, o aprendizado e a socialização. O TDAH é caracterizado pelo prejuízo na modulação da atenção, por hiperatividade e impulsividade. É certamente uma das comorbidades mais comuns do autismo, ocorrendo em cerca de 59% das pessoas com TEA. Um autista hiperativo tem mais dificuldade para manter o contato visual, estabelecer interações sociais efetivas e acaba por apresentar pior desempenho escolar. Realizar o diagnóstico e iniciar tratamento adequado traz grandes benefícios ao indivíduo (SENISE, 2022). Independentemente do sexo ou da idade, a presença de sintomas de autismo implica na redução da qualidade de vida em comparação a população geral, tanto para os próprios indivíduos quanto para seus familiares. Especialmente, quando se pensa na população feminina com o TEA, o preço pago pela falta do diagnóstico é excessivamente elevado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo enfatiza a importância de compreender as particularidades do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em mulheres, especialmente no que tange ao diagnóstico tardio. A camuflagem social, amplamente adotada por mulheres autistas, representa um mecanismo de adaptação que, embora permita a interação social, acarreta sérios riscos à saúde mental, incluindo ansiedade e depressão. A falta de reconhecimento das características do TEA feminino entre profissionais de saúde e educadores resulta em diagnósticos tardios, levando a consequências adversas no desenvolvimento emocional, social e acadêmico dessas mulheres.

O artigo destaca a necessidade de uma abordagem mais sensível e informada para o diagnóstico do TEA em meninas e mulheres, sugerindo

que os critérios de diagnóstico sejam revisados para melhor refletir as manifestações do transtorno em diferentes gêneros. O diagnóstico precoce é essencial para garantir que as mulheres autistas recebam o suporte necessário, promovendo uma melhoria significativa em sua qualidade de vida

Por fim, recomenda-se que a comunidade científica continue a explorar essa temática, visando aumentar a conscientização sobre o TEA feminino e desenvolver intervenções mais eficazes que atendam às necessidades específicas desse grupo. A implementação de programas de formação para profissionais de saúde e educação é crucial para que possam reconhecer e intervir adequadamente em casos de TEA em mulheres, contribuindo assim para um futuro mais inclusivo e compreensivo

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**. Artmed Editora, 2014.

ALVES, S.S.S.; DA SILVA J. R.; DOS SANTOS, K.B.; GRABOWSKI, N. F. **As consequências do diagnóstico tardio do transtorno do espectro autista**. 2023. Acesso em: 20 out. 2024.

ATTWOOD, T. **The complete guide to Asperger's syndrome**. Jessica Kingsly Publishing, 2007.

ATTWOOD, T.; GARNETT, M. S.; RYNKIEWICZ, A. **Questionnaire for Autism Spectrum Conditions (Q-ASC) [Measurement instrument]**.

BACKES, B.; ZANON, R. B.; BOSA, C. A. A relação entre regressão da linguagem e desenvolvimento sociocomunicativo de crianças com transtorno do espectro do autismo. **CoDAS**, v. 25, n. 3, p. 268-273, 2013.

BARGIELA, S.; STEWARD, R.; MANDY, W. The experiences of late diagnosed women with autism spectrum conditions: an investigation of the female autism phenotype. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 46, n. 10, p. 3281-3294, 2016.

CASSIDY, S.; RODGERS, J. Understanding and prevention of suicide in autism. **Lancet Psychiatry**, v. 4, n. 6, p. e11, 2017.

CRIDLAND, E. K.; JONES, S. C.; CAPUTI, P.; MAGEE, C. Ser menina no mundo dos meninos: investigando as experiências de meninas com transtornos do espectro do autismo durante a adolescência. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 44, n. 6, p. 1261-1274, 2014.

COOK, J.; CRANE, L.; BOURNE, L.; HULL, L.; MANDY, W. Camouflaging in an everyday social context: An interpersonal recall study. **Autism**. 2021.

DA SILVA, J. R.; DOS SANTOS, K. B.; GRABOWSKI, N. F.; ALVES, S. S. **As consequências do diagnóstico tardio do transtorno do espectro autista**. 2023.

FREIRE, M. G.; CARDOSO, H. S. P. **Diagnóstico do autismo em meninas: revisão sistemática**.

KERCHERS, D. **Autismo ao longo da vida**. São Paulo: Literare Books International, 2022.

LAI, M. C. et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Psychiatry**, v. 6, n. 10, p. 819–829, 2019.

LOBATO, M. F; MARTINS, M. G. T. Autismo: Descoberta tardia, importância da Terapia Cognitivo Comportamental na Intervenção Psicoterapêutica. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. 2020.

LUGNEGARD, T., HALLERBARD, MU., GILLBERG, C. Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. **Res. Dev. Disabil.**, v. 32, n. 5, 1910–1917, 2011.

MAENNER, M. J. et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2018. **Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries**, v. 70, n. 11, p. 1-16, 2021.

MALAGONI, G.; LUZ, A. C. Dificuldades no diagnóstico de autismo em meninas. **Estudos Avançados Sobre Saúde e Natureza**, v. 1, 2021.

MAS, N. A. **Transtorno do espectro autista – história da construção de um diagnóstico**. São Paulo, 2018.

MOTTRON, L.; BZDOK, D. Autism spectrum heterogeneity: Fact or artifact? **Molecular Psychiatry**, v. 25, p. 3178–3185, 2020.

PUIG JOVÉ, L. **Diferencias de género/sexo en el perfil psicológico de adolescentes diagnosticados de trastorno del espectro del autismo**. 2016.

PASCHOAL, A. **Autismo em mulheres: o mito do 4 para 1**. Disponível em: <<http://comunicandodireito.com.br/autismo-em-mulheres-o-mito-do-4-para-1/>>. Acesso em: 06 jun. 2024.

RAYMAKER, D. M. et al. “Having all of your internal resources exhausted beyond measure and being left with no clean-up crew”: defining autistic burnout. **Autism in Adulthood**, v. 2, n. 2, p. 132-143, 2020.

SENISE, M. **Autismo ao longo da vida**. São Paulo: Literare Books International, 2022.

SOLOMON, M. et al. Sintomas de autismo e psicopatologia internalizante em meninas e meninos com transtornos do espectro do autismo. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 42, n. 1, p. 48-59, 2012.

SIMONOFF, E. et al. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 47, n. 8, p. 921–929, 2008.

VASCONCELOS, V. C. **Meninas e mulheres com transtorno do espectro do autismo: diagnósticos, conhecimento e vivências**. São Carlos, 2022.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA CRIANÇA COM SUSPEITA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: DESAFIOS PARA O AVALIADOR

Lorraine Raissa Soares Silva¹

Marcella Antunes Sousa Luiz de Oliveira²

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição complexa que afeta significativamente o desenvolvimento infantil em várias áreas fundamentais, como comunicação, interação social e comportamento. Identificar precocemente o TEA e compreender suas nuances é fundamental para proporcionar intervenções eficazes e melhorar o prognóstico e a qualidade de vida das crianças afetadas (Lima, 2022).

Segundo Silva (2020), avaliar crianças com suspeita de TEA apresenta desafios significativos para os profissionais da área psicológica. O TEA é uma condição complexa que afeta o desenvolvimento da criança em diversas áreas, como cognição, socialização, comunicação e comportamento. Neste contexto, a avaliação psicológica desempenha um papel crucial na identificação precoce, compreensão e intervenção adequada para crianças com TEA. No entanto, o processo de avaliação enfrenta uma série de desafios, desde a ampla variedade de sintomas e comportamentos observados até a necessidade de considerar as especificidades de cada criança.

Neste sentido, a avaliação psicológica busca entender o funcionamento psicológico individual, destacando as habilidades e competências da pessoa avaliada, além de identificar áreas de dificuldade. Isso é essencial para direcionar intervenções adequadas e eficazes, especialmente no caso do TEA. Devido à diversidade de perfis cognitivos, sociais, comunicativos e comportamentais dentro do TEA, a avaliação precisa ser minuciosa e sensível às particularidades de cada caso. Nos últimos anos, o autismo passou a ser compreendido como um espectro comportamental devido à ampla gama de sintomas e variações apresentadas pelas pessoas afetadas (RINALDO, 2021).

¹Graduanda em Psicologia (FIAS). CV: <http://lattes.cnpq.br/6804868590004675>

²Especialista em Neuropsicologia e Reabilitação/Estimulação Neuropsicológica Infantil (FAMESP). Professora, Supervisora e Orientadora (INTEGRA). Psicóloga. CV: <http://lattes.cnpq.br/8827240701615867>

Diante da complexidade e heterogeneidade dos sintomas do TEA, bem como da importância de um diagnóstico precoce e preciso para a implementação de intervenções eficazes, surge a necessidade de investigar os desafios enfrentados pelos avaliadores na avaliação psicológica de crianças com suspeita de TEA. Portanto, o problema de pesquisa consiste em compreender: Quais são os principais desafios enfrentados pelos profissionais da área de saúde mental na avaliação psicológica da criança com suspeita de TEA? Como esses desafios impactam o processo diagnóstico e as intervenções subsequentes destinadas a essas crianças?

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo geral explorar os desafios enfrentados pelos psicólogos ao avaliar crianças com suspeita de TEA, destacando a importância de uma abordagem sensível, abrangente e individualizada para garantir uma avaliação precisa e apropriada. Em seguida, serão apresentados os objetivos específicos com base no referencial teórico: definir o que é Transtorno do Espectro Autista; identificar e descrever os sinais comportamentais característicos do Transtorno do Espectro Autista (TEA), investigar a prevalência e a natureza dos sintomas do Transtorno do Espectro Autista (TEA); e avaliar a eficácia de diferentes instrumentos de avaliação diagnóstica utilizados no Transtorno do Espectro Autista (TEA), considerando critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5-TR.

Para isso, este trabalho se justifica devido a avaliação psicológica da criança com suspeita de TEA representar um desafio complexo para os profissionais da área de saúde mental. Esse tema desperta grande interesse devido à importância crucial de um diagnóstico preciso para a implementação de intervenções adequadas e oportunas. No entanto, a natureza multifacetada e variável dos sintomas do TEA, aliada à necessidade de considerar fatores contextuais e individuais, torna esse processo avaliativo especialmente desafiador.

Diante dos variados desafios, a avaliação psicológica da criança com suspeita de TEA requer uma abordagem cuidadosa, individualizada e multidisciplinar. Investir em pesquisa, capacitação profissional e desenvolvimento de estratégias de avaliação adaptativas é fundamental para melhorar a precisão diagnóstica, promover intervenções eficazes e otimizar o bem-estar e o desenvolvimento das crianças com TEA. No entanto, os

desafios enfrentados pelos psicólogos ao realizar a avaliação de crianças com suspeita de TEA são numerosos e substanciais. A natureza variada e multifacetada do TEA torna a avaliação uma tarefa complexa, que exige uma compreensão abrangente dos sintomas, bem como uma sensibilidade às diferenças individuais de cada criança (Borba, 2018).

Portanto, este trabalho visa justamente explorar esses desafios enfrentados pelos avaliadores psicólogos, fornecendo uma análise crítica das dificuldades e obstáculos encontrados durante o processo de avaliação. Ao compreender esses desafios, será possível desenvolver estratégias e abordagens mais eficazes para a avaliação psicológica da criança com suspeita de TEA, contribuindo assim para uma prática clínica mais informada e para o desenvolvimento de melhores práticas de intervenção e suporte para crianças e suas famílias.

REFERENCIAL TEÓRICO

Transtorno do Espectro Autista - TEA

O TEA é uma condição neurodesenvolvimental que afeta a comunicação, interação social, comportamento e interesses de um indivíduo. O termo “espectro” reflete a ampla variedade de sintomas e níveis de gravidade associados ao autismo, que podem variar desde dificuldades leves até comprometimentos mais significativos em áreas como linguagem e habilidades sociais (Romeira *et al.*, 2021).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) *American Psychiatric Association* (APA, 2023), o TEA é entendido como um transtorno do neurodesenvolvimento. O DSM-V-TR e a CID-11 classificam o transtorno do espectro do autismo (TEA) em diferentes níveis de gravidade ou comprometimento intelectual e funcional da linguagem. Enquanto o DSM-V-TR avalia o nível de funcionamento, a CID-11 leva em consideração esses fatores específicos para ter os critérios e manifestações do TEA. No entanto, ambas as classificações concordam que o autismo é um transtorno complexo que se apresenta de forma diferente em cada indivíduo (FERNANDES, TOMAZELLI; GIRIANELLI, 2020).

Sinais e sintomas do TEA

Os primeiros indícios para o Transtorno do Espectro Autista geralmente se manifestam desde o início da vida, durante os primeiros anos de desenvolvimento infantil. Esses sinais podem ser observados em diversas áreas do desenvolvimento, como a comunicação, interação social, comportamento e interesses. Por exemplo, bebês e crianças pequenas com autismo podem apresentar dificuldades em estabelecer contato visual, responder ao próprio nome, demonstrar afeto ou compartilhar experiências sociais com outras pessoas (Pereira, 2021).

Além disso, podem exibir comportamentos repetitivos ou estereotipados, como balançar as mãos (“flap”), bater a cabeça ou alinhar objetos de maneira obsessiva. Sensibilidades sensoriais também são comuns, manifestando-se através de reações intensas a estímulos como luzes, sons ou texturas. Esses sinais precoces podem variar em intensidade e manifestação, mas tendem a persistir ao longo do desenvolvimento da criança. É importante destacar que nem todas as crianças com autismo apresentam os mesmos sintomas, e alguns podem exibir habilidades excepcionais em áreas específicas, como matemática, música ou arte (ILTCHENCO; RIBAS, 2022). Portanto, o reconhecimento precoce desses sinais é fundamental para possibilitar intervenções e suporte adequados, visando melhorar a qualidade de vida e o desenvolvimento global da criança com autismo.

De acordo com Martins, Peres e Varella (2023, p. 77), a prevalência global estimada de TEA é de aproximadamente 1 a cada 132 indivíduos, sendo que a proporção de diagnósticos em indivíduos do sexo masculino é quatro vezes maior do que em indivíduos do sexo feminino. No entanto, no contexto brasileiro, a escassez de estudos epidemiológicos é notável. Na contemporaneidade, o TEA tem sido objeto de intensas investigações na área da psicologia, dada sua complexidade e relevância social. Diversos autores têm contribuído para a compreensão dos sinais, sintomas e diferentes graus de autismo, fornecendo conhecimentos valiosos para a prática clínica e para a pesquisa científica.

Em um estudo de Silva e Cáceres-Assenço (2023), os autores identificaram que, para compreender uma criança com TEA, os pais devem fazer um esforço para se envolverem. Ao participarem, os pais podem tentar entrar no mundo da criança. Depois disso, eles podem ajudá-la a entrar em

um mundo compartilhado com outras pessoas. Os principais *déficits* do autismo incluem dificuldade de atenção compartilhada e envolvimento, o que pode se tornar o primeiro objetivo para pais, educadores e outros profissionais que trabalham com crianças com TEA.

Os principais sintomas do autismo abrangem dificuldades significativas na interação social e comunicação, que são características essenciais dessa condição neurodesenvolvimental. No que diz respeito à comunicação, tanto verbal quanto não verbal, indivíduos com autismo podem enfrentar desafios que afetam sua capacidade de se relacionar e se comunicar efetivamente com os outros (Freitas e Ferreira, 2023).

Na esfera da comunicação não verbal, é comum observar uma diminuição ou ausência de expressões faciais, gestos, postura, olhar e linguagem corporal. Isso pode resultar em dificuldades para interpretar as emoções e intenções dos outros, bem como para expressar suas próprias emoções e pensamentos de maneira não verbal (ROMEIRA *et al.*, 2021). Um exemplo claro disso é que uma pessoa com autismo pode ter dificuldade em fazer contato visual durante uma conversa, em usar gestos para comunicar suas necessidades ou em compreender as pistas não verbais dos outros, como o tom de voz ou a linguagem corporal.

Critérios diagnósticos do TEA

Segundo Borba (2018), o diagnóstico de TEA em uma criança é um processo complexo que envolve a avaliação de diferentes áreas do desenvolvimento. Geralmente, esse processo é conduzido por uma equipe multidisciplinar, que pode incluir psicólogos, pediatras, neurologistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde. De acordo com Pereira (2021), o primeiro passo no diagnóstico do TEA é a observação cuidadosa do comportamento da criança por parte dos pais, professores e profissionais de saúde. Sinais precoces de TEA podem incluir dificuldades na comunicação e na interação social, padrões de comportamento repetitivos e interesses restritos. Após a observação inicial, a criança é submetida a uma avaliação abrangente, que pode incluir entrevistas com os pais para obter informações sobre o histórico de desenvolvimento da criança, avaliação do desenvolvimento cognitivo e da linguagem, além de testes específicos para avaliar habilidades sociais e comportamentos repe-

titivos. Além disso, exames médicos e neurológicos podem ser realizados para descartar outras condições médicas que possam estar contribuindo para os sintomas apresentados pela criança (DA SILVA, 2023).

Dessa forma, o diagnóstico precoce do TEA é fundamental para garantir uma intervenção o mais rápida possível, visando estimular de forma eficaz o desenvolvimento cognitivo, afetivo, emocional e da linguagem da criança. Além disso, um diagnóstico precoce também permite preparar a família para os desafios que virão, oferecendo suporte e orientação desde o início. O objetivo principal é proporcionar uma melhor qualidade de vida para a criança autista e sua família (JENDREIECK, 2012). Os critérios diagnósticos são subdivididos em cinco áreas: A, B, C, D e E.

É importante ressaltar que o diagnóstico de TEA é baseado em critérios específicos estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) e pela Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Para ser diagnosticada com TEA, a criança deve atender a uma série de critérios em termos de padrões de comportamento, habilidades de comunicação e interação social.

Portanto, pode-se perceber que é fundamental que o diagnóstico seja feito o mais cedo possível, para que intervenções adequadas possam ser implementadas precocemente. O apoio e acompanhamento contínuo da família e uma abordagem centrada na criança são essenciais para garantir o melhor resultado possível no manejo do TEA ao longo do tempo.

Avaliação Diagnóstica no TEA

A avaliação diagnóstica no Transtorno do Espectro Autista (TEA) desempenha um papel crucial na identificação precoce, compreensão abrangente e intervenção eficaz para indivíduos afetados por essa condição complexa. Esse processo envolve uma abordagem multidisciplinar e abrangente, que inclui a avaliação de diversas áreas do desenvolvimento, como comunicação, interação social, comportamento e habilidades cognitivas.

De acordo com Rinaldo (2021), a avaliação diagnóstica pode começar com a observação cuidadosa do comportamento da criança em diferentes contextos, como em casa, na escola e em situações sociais. Isso pode revelar padrões de comportamento característicos do TEA, como dificuldades na interação social, comunicação atípica e interesses restritos e repetitivos.

Além da observação, a avaliação diagnóstica inclui a coleta de informações detalhadas sobre o histórico de desenvolvimento da criança, incluindo marcos do desenvolvimento, histórico médico e familiar, além de avaliação de habilidades adaptativas e comportamentais.

A obra “Autismo: Avaliação Psicológica e Neuropsicológica” (Bosa e Teixeira, 2017) cita alguns instrumentos que podem ser utilizados na Avaliação do TEA, de acordo com as áreas investigadas: (1) Testes de Triagem, (2) Testes de Linguagem, (3) Testes de Habilidades Sociais, (4) Testes de Comportamento e (5) Testes de Habilidades Cognitivas.

Desta forma, a avaliação diagnóstica é uma etapa crucial no processo de compreensão e intervenção em diversas áreas da psicologia. No contexto da teoria da mente, uma abordagem fundamental para entender a cognição social e o desenvolvimento humano, a avaliação diagnóstica desempenha um papel essencial na identificação de habilidades específicas e dificuldades relacionadas à compreensão das mentes dos outros e de si mesmo.

A teoria da mente, proposta por Simon Baron-Cohen e outros pesquisadores, refere-se à capacidade de atribuir estados mentais, como crenças, desejos e intenções, a si mesmo e aos outros, e de entender que esses estados mentais podem ser diferentes dos nossos próprios. Essa capacidade é crucial para o desenvolvimento de habilidades sociais, como empatia, comunicação eficaz e resolução de conflitos, e desempenha um papel fundamental na construção de relacionamentos interpessoais saudáveis.

Segundo Gandara (2016), na avaliação diagnóstica baseada na teoria da mente, é importante utilizar uma variedade de métodos e instrumentos para avaliar diferentes aspectos das habilidades de teoria da mente. Isso pode incluir entrevistas clínicas, observações comportamentais, questionários e tarefas experimentais projetadas para avaliar a capacidade de inferir estados mentais dos outros, entender sarcasmo e ironia, reconhecer falsas crenças e interpretar expressões faciais e linguagem corporal.

Além disso, a avaliação diagnóstica deve levar em consideração o contexto cultural e individual do indivíduo, reconhecendo que as normas e expectativas sociais podem variar significativamente entre diferentes culturas e grupos sociais. Também é importante considerar as características específicas do desenvolvimento típico e atípico da teoria da mente em diferentes faixas etárias e populações clínicas, como autismo e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (GANDARA, 2016).

Ainda segundo o autor, é por meio da avaliação diagnóstica, os profissionais podem identificar habilidades sociais e emocionais específicas que podem estar comprometidas em indivíduos com dificuldades de funcionamento social, proporcionando uma base sólida para o desenvolvimento de intervenções personalizadas e eficazes. Ao compreender melhor as complexidades da teoria da mente e sua relação com o funcionamento humano, podemos promover uma maior compreensão e aceitação das diferenças individuais, facilitando assim o desenvolvimento de sociedades mais inclusivas e empáticas.

Portanto, pode-se concluir que essa avaliação desempenha um papel fundamental no diagnóstico diferencial, na identificação de necessidades específicas e na formulação de intervenções personalizadas. Ao compreender melhor as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos com TEA na compreensão das mentes dos outros, podemos desenvolver estratégias de apoio e intervenção mais eficazes, promovendo uma melhor qualidade de vida e inclusão social para esses indivíduos (GANDARA, 2016).

MÉTODO

Esta pesquisa é de natureza descritiva, com uma abordagem qualitativa, e tem como objetivo caracterizar a produção científica sobre o autismo. Segundo Minayo (2010), “a revisão bibliográfica é fundamental para situar a pesquisa no campo do conhecimento existente, identificar lacunas e justificar a relevância do estudo”. Portanto, a revisão bibliográfica é essencial para contextualizar a investigação dentro do corpo do conhecimento já estabelecido, permitindo a identificação de áreas que ainda necessitam de exploração e justificando a importância do estudo proposto.

Optou-se pela técnica de revisão integrativa, que sintetiza o que foi publicado sobre o tema, permitindo a obtenção de um compilado abrangente de informações provenientes de diversos autores especializados. De acordo com Gil (2008), essa técnica é valiosa para fornecer uma visão ampla e profunda sobre o estado atual do conhecimento, identificar lacunas e orientar futuras pesquisas na área.

Nesse sentido, a pesquisa foi realizada no período de agosto de 2023 a março de 2024, contando com auxílio de livro e de artigos disponível nas bases de dados como Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)

por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e US National Library of Medicine PubMed. Também foi utilizado o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR.

Para as buscas foram utilizadas as seguintes palavras chaves: Avaliação Psicológica, Transtorno do Espectro Autista e Psicólogo. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos disponíveis online e de livre acesso, que abordassem o tema pesquisado, publicados e indexados em português, inglês e espanhol, publicados no período compreendido de 1962 a 2024.

A seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Após leitura criteriosa das publicações, alguns artigos não foram utilizados devido aos critérios de exclusão. Após esta seleção, as informações importantes foram reunidas para a elaboração da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os estudos de Fernandes (2020), a avaliação neuropsicológica é uma ferramenta fundamental na análise de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Ela facilita a identificação de áreas cognitivas e emocionais que podem diferir em pessoas dentro do espectro. Além disso, permite avaliar a severidade da condição.

Para Gandara (2016), o autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades na comunicação e na interação social, além de padrões de comportamento restritos e repetitivos, como a ecolalia e estereotípias. Devido a essas características, pessoas autistas percebem e interagem com o mundo de forma diferente das pessoas neurotípicas. Freitas (2023) fala que a avaliação neuropsicológica oferece uma compreensão mais detalhada das habilidades de uma pessoa com TEA. Isso é crucial para identificar quais áreas necessitam de intervenção e quais estratégias podem ser eficazes para auxiliar a pessoa a lidar com suas dificuldades.

Já Silva (2023) aborda em seus estudos, que a avaliação psicológica da criança com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma tarefa complexa e repleta de desafios para o avaliador. Diante da ampla

variedade de apresentações clínicas e da natureza heterogênea do TEA, é essencial que o profissional esteja preparado para enfrentar uma série de obstáculos durante o processo de avaliação.

Da Silva (2023), fala que um dos principais desafios enfrentados pelo avaliador é a variabilidade do espectro autista. O TEA engloba uma gama diversificada de características e sintomas, que podem se manifestar de maneira única em cada criança. Enquanto algumas crianças apresentam dificuldades marcantes na comunicação e interação social, outras podem exibir habilidades sociais aparentemente típicas, tornando o diagnóstico uma tarefa ainda mais delicada.

Além disso, as dificuldades na comunicação representam um obstáculo significativo para o avaliador. Muitas crianças com TEA enfrentam desafios na expressão verbal e na compreensão da linguagem, o que pode dificultar a coleta de informações durante a avaliação. Nesses casos, é fundamental que o avaliador utilize métodos alternativos de comunicação, como a observação direta do comportamento da criança e a análise de pistas não verbais.

Lima (2023) ressalta que outro desafio importante é a sensibilidade cultural e contextual. O TEA é influenciado por uma variedade de fatores, incluindo o contexto cultural e social no qual a criança está inserida. É crucial que o avaliador leve em consideração a diversidade cultural e individualidade de cada criança, evitando assim interpretações errôneas ou estereotipadas dos comportamentos observados. Rinaldo (2021), diz que a avaliação neuropsicológica é de extrema importância na identificação e diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças e adolescentes.

Martins (2023) fala que a testagem neuropsicológica pode identificar possíveis comorbidades comuns em crianças com TEA, como altas habilidades, prejuízo intelectual e TDAH, bem como características relacionadas ao TEA, como dificuldades na expressão de sentimentos e emoções, problemas de comunicação e atenção. Para garantir um diagnóstico seguro e bem fundamentado, a avaliação cognitiva inclui testes neuropsicológicos de padrão ouro apropriados para cada faixa etária, além de escalas complementares, questionários e inventários preenchidos pelos pais e pela escola.

Pereira (2021) cita que as pontuações dos testes são interpretadas no contexto de outras informações disponíveis. Alguns déficits não podem ser quantificados. Por exemplo, as habilidades sociais geralmente são

avaliadas por meio da observação de comportamentos. Neste sentido, o autor ressalta que é importante destacar que as crianças encaminhadas para uma avaliação podem já ter um diagnóstico de autismo ou estar em busca de respostas para seus comportamentos e limitações.

Bosa (2017) aborda os principais aspectos relacionados à avaliação e diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Dividido em 4 capítulos, o livro oferece uma análise detalhada das diferentes abordagens psicológicas e neurológicas utilizadas no processo de avaliação do autismo, fornecendo aos profissionais da área uma base sólida para a compreensão e intervenção nesse transtorno complexo.

O Capítulo 9 do livro de Bosa (2017), “Avaliação da Inteligência em Crianças com Transtorno do Espectro Autista”, aborda de forma detalhada os desafios e as nuances envolvidas na mensuração da inteligência em crianças dentro do espectro autista. A autora destaca a importância de utilizar abordagens de avaliação que reconheçam e respeitem a singularidade de cada criança. Nesse sentido, é recomendado um enfoque multifacetado, que combine diferentes tipos de testes e observações clínicas para obter um quadro mais completo das capacidades e necessidades de cada criança.

A autora ainda ressalta que a colaboração com a família e a equipe multidisciplinar também se mostra essencial durante o processo de avaliação. Os pais e cuidadores desempenham um papel fundamental na coleta de informações sobre o desenvolvimento da criança e na identificação de comportamentos atípicos. Da mesma forma, a troca de informações com outros profissionais, como médicos, terapeutas e educadores, pode enriquecer o processo de avaliação e fornecer uma visão mais abrangente das necessidades da criança (BOSA, 2017).

Bosa (2017) também discute a necessidade de uma formação específica para os profissionais que realizam essas avaliações. É crucial que esses profissionais estejam cientes das particularidades do TEA e saibam como adaptar os procedimentos de avaliação para minimizar o impacto das dificuldades de comunicação e comportamento nas respostas das crianças. Outro ponto relevante discutido no capítulo é a interpretação dos resultados dos testes de inteligência. Bosa argumenta que, ao analisar os resultados, é fundamental ir além dos escores numéricos e considerar o contexto em que as respostas foram dadas. Por exemplo, uma criança

com TEA pode obter um escore baixo em uma tarefa verbal não porque não tenha capacidade cognitiva para realizá-la, mas devido a dificuldades específicas com a linguagem verbal.

A autora também destaca a importância de utilizar uma abordagem dinâmica de avaliação, onde o foco não é apenas no que a criança pode fazer de forma independente, mas também em como ela pode aprender e progredir com suporte adequado. Isso envolve observar a capacidade de resposta à intervenção e o potencial de aprendizagem, aspectos que são particularmente relevantes para crianças com TEA.

CONCLUSÃO

A avaliação psicológica de crianças com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um processo complexo e desafiador que demanda uma abordagem multidisciplinar e uma análise criteriosa dos sintomas apresentados. A identificação precisa do TEA é crucial para a intervenção precoce, que pode significativamente melhorar o desenvolvimento e a qualidade de vida das crianças afetadas. No entanto, diversos desafios se apresentam ao avaliador, tornando essa tarefa particularmente exigente.

Em conclusão, a avaliação psicológica de crianças com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma tarefa que apresenta desafios significativos, mas essenciais para a identificação e intervenção precoce. Os avaliadores precisam adotar uma abordagem multidisciplinar, utilizando instrumentos de avaliação padronizados e sensíveis, enquanto consideram a individualidade de cada criança e as influências culturais. A comunicação eficaz com a criança, bem como a coleta de informações detalhadas de pais e cuidadores, são cruciais para uma avaliação abrangente.

A interpretação dos resultados deve ser realizada com cuidado para diferenciar o TEA de outros transtornos do desenvolvimento. Além disso, é essencial fornecer *feedback* claro e sensível aos pais, orientando-os sobre os próximos passos e oferecendo suporte emocional. A formação contínua dos profissionais de saúde é vital para garantir que estejam atualizados com as práticas e pesquisas mais recentes.

Dessa forma, os desafios enfrentados pelos avaliadores são complexos, mas uma abordagem cuidadosa e colaborativa pode levar a diagnósticos

precisos e intervenções eficazes, contribuindo para o desenvolvimento saudável e o bem-estar das crianças com TEA. O objetivo final é garantir que essas crianças recebam o suporte necessário para alcançar seu pleno potencial, promovendo uma melhor qualidade de vida para elas e suas famílias.

Portanto, concluiu-se que, mesmo em meio aos avanços dos estudos com relação aos aspectos gerais do Transtorno do Espectro Autista, a produção científica com relação às especificidades do diagnóstico especificamente psicológico ainda é passível de larga discussão, uma vez que ela precisa de mais amplitude de saberes científicos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BORBA, M.; BARROS, R. S. **Ele é autista: como posso ajudar na intervenção? Um guia para profissionais e pais com crianças sob intervenção analítico-comportamental ao autismo**. Cartilha da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC), 2018.

BOSA, C. A.; TEIXEIRA, M. C. T. V. **Autismo: Avaliação Psicológica e Neuropsicológica**. São Paulo: Hogrefe, 2017.

BOSA, C. A.; BACKES, B.; ROMEIRA, G. M.; ZANON, R. B. Avaliação sociocomunicativa nos casos de suspeita de autismo: Diretrizes para a hora lúdica diagnóstica. In C. A. Bosa; M. C. T. V. Teixeira, (Orgs.), **Autismo: avaliação psicológica e neuropsicológica**. São Paulo: Hogrefe, 2017. p. 83-104.

BOSA, C. A.; SALLES, J. F. **Sistema PROTEA-R de Avaliação do Transtorno do Espectro Autista**. São Paulo: Vetor, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARREIRO, L. R. R.; MARINO, R. L. F.; DE SIQUEIRA, A. R. C.; RIBEIRO, A. F. Avaliação da Inteligência em Crianças com Transtorno do Espectro Autista. In C. A. Bosa; M. C. T. V. Teixeira, (Orgs.), **Autismo: avaliação psicológica e neuropsicológica**. São Paulo: Hogrefe, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2019). **Resolução CFP nº 006/19: Dispõe sobre a elaboração de documentos escritos decorrentes de avaliação psicológica.**

DA SILVA, A. L.; LOPES GOMES, M. Os desafios do diagnóstico psicológico precoce do transtorno do espectro autista (TEA). **Revista de Casos e Consultoria**, v. 14, n. 1, p. e31093, 2023.

FERNANDES, C. S.; TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V. R. Diagnóstico de autismo no século XXI: Evolução dos domínios nas categorizações nosológicas, **Psicol. USP**, v. 31, 2020.

FREITAS, S. M.; FERREIRA, S. Criança com o transtorno do espectro autista: a família no processo diagnóstico. **Revista Foco**, v.16, n.5, p.01-15, 2023.

GANDARA, M. L. O. **Autismo: Avaliação Psicológica e Neuropsicológica**. Vetor Editora, 2016.

ILTCHENCO, A. C.; RIBAS, L. P. Características interacionais do brincar em crianças com suspeita do Transtorno do Espectro Autista. **Distúrbios da Comunicação**, v. 34, n. 1, p. 1-15, 2022.

JENDREIECK, C. O. Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo. **Psicologia argumento**, v. 32, n. 77, 2014.

LIMA, R. P. A intervenção psicológica no atendimento da pessoa com transtorno do espectro autista. **Revista Educação Pública**, v. 22, n. 43, 2022.

LOWENTHAL, R.; SOARES, A. R. A.; DE ALMEIDA, L. M. Escolha dos instrumentos e técnicas de avaliação para Transtorno do Espectro Autista na Unidade de Referência Dr. Marcos Tomanik Mercadante (CAIS/Santa Casa-SP. In C. A. Bosa; M. C. T. V. Teixeira, (Orgs.), **Autismo: avaliação psicológica e neuropsicológica**. São Paulo: Hogrefe, 2017.

MARTINS, A. L. B.; PERES, A. J. S.; VARELLA, A. A. B. (Orgs.). **Transtorno do espectro autista na universidade: da pesquisa básica a aplicada**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2023.

MECCA, T. P.; DIAS, N. M. Cognição social no Transtorno do Espectro Autista. In C. A. Bosa; M. C. T. V. Teixeira, (Orgs.), **Autismo: avaliação psicológica e neuropsicológica**. São Paulo: Hogrefe, 2017.

PEREIRA, L. V. **Estudo investigativo de sinais iniciais de autismo**: Uma pesquisa com bebês irmãos de crianças autistas. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

PORTOLESE, J.; ROQUE, D. T.; DA ROCHA, P. L. A escolha de instrumentos de avaliação multiprofissional para o ambulatório do Programa do Transtorno do Espectro Autista (Hospital das Clínicas, São Paulo). In C. A. Bosa; M. C. T. V. Teixeira, (Orgs.), **Autismo: avaliação psicológica e neuropsicológica**. São Paulo: Hogrefe, 2017.

RINALDO, S. C. O.; SIGOLO, S. R. R. L. Educação infantil e crianças com transtorno do espectro autista: uma proposta inclusiva em construção. **Debates em Educação**, v. 13, n. 32, p. 219–241, 2021.

RUEDA, F. J. M.; ROTTA, N. T. **Autismo: Avaliação Psicológica e Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2019.

SILVA, A. P.; CÁCERES-ASSENÇO, A. M. Telemonitoring of children with risk indicators for Autism Spectrum Disorder: preliminary findings. **CoDAS**, v. 35, n. 5, p. 1-5, 2023.

ROMEIRA, G. M.; SCHREINER, L. B.; BOSA, C. A. Avaliação psicológica de crianças com suspeita de TEA: Perfil interativo dos avaliadores. **Avaliação Psicológica**, v. 20, n. 1, 2022.

SILVA, C. C.; ELIAS, L. C. S. Instrumentos de Avaliação no Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática. **Aval. Psicol.**, v. 19, n. 2, p. 189-197, 2020.

TAMANAH, A. C.; PERISSINOTO, J. Linguagem compreensiva, expressiva e pragmática no Transtorno do Espectro Autista. In C. A. Bosa; M. C. T. V. Teixeira, (Orgs.), **Autismo: avaliação psicológica e neuropsicológica**. São Paulo: Hogrefe, 2017.

SOBRE A ORGANIZADORA

DENISE DE MATOS MANOEL SOUZA

É psicóloga (UNIGRAN, 2010), especialista em Neuropsicologia (INESP, 2011).

No mestrado em Psicologia (UCDB), concluído em 2016, pesquisou sobre as habilidades sociais e crenças de autoeficácia em acadêmicas(os) de Psicologia de uma instituição privada de Mato Grosso do Sul

Em seu doutorado em Psicologia (início em 2024), pesquisa sobre estratégias de regulação emocional e sintomas de ansiedade, estresse e depressão em acadêmicos de Psicologia.

É professora no Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN), em Dourados – MS.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem 24, 30, 39, 49,
53–56, 59–60, 84, 89–90, 92–94,
97, 101, 106, 108, 114, 118, 139,
141, 143, 148, 156, 158, 161, 166,
170–172, 176
Abuso 24, 41, 47, 90, 97–101,
108, 110
Adolescência 18, 28, 30, 33, 36,
65, 69, 74, 110, 159–160
Adulto 67–73, 97
Ambiente de trabalho 39–41, 43,
45–47, 69, 139
Análise Comportamental
Aplicada 137
Análise do Comportamento 9,
11, 15, 140, 144–145
Artigo 36, 58–59, 130, 132, 152,
156, 161
Atendimento psicológico 60,
100, 107, 137
Avaliação psicológica 165–167,
171, 173, 176
Awareness 90, 93, 95, 98,
100–101

B

Behaviorismo Radical 9, 11, 137
Brasil 11, 18, 28–31, 40, 57, 60,
63, 66, 74, 126, 138, 141

C

Camuflagem social 152, 156,
158–161
Capacitação 46–47, 49, 137, 144,
147–148, 166
Centro de Referência da
Assistência Social (CRAS) 146
Conselho Federal de Psicologia
(CFP) 28–29, 106
Contratransferência 77, 84–87
Corpo 35, 82, 89–91, 93–101,
112, 127, 132, 143, 172
Criança 18–19, 37, 67–68, 79,
82, 89–90, 93–101, 105, 118,
120–122, 141–146, 158, 165–171,
173–176
Cultura 27–28, 30, 36, 43, 46–47,
49, 78

D

Desemprego 70
Desenvolvimento 9, 17–19,
22–23, 25, 35, 37, 40, 45–47,
54–55, 57, 65–67, 69, 74, 87,
89–91, 93–94, 96–97, 100–101,
104–105, 110, 117–120, 122,
127, 137–138, 142, 145–146, 151,
153–154, 156–158, 161, 165–172,
175–177
Diagnóstico 54, 62, 118–120,

122, 137, 139, 141–143, 146–147,
151–159, 161–162, 166–167,
169–170, 172–175, 177
Diagnóstico tardio 151–152,
155–156, 159, 161
Dinâmica 43, 55, 59, 63, 67, 86,
92–94, 101, 105, 107, 109, 111,
132, 176
Disfuncional 70, 101
Dourados – MS 10

E

Encontro 19–21, 28, 74, 83–84,
92, 113
Ética 65, 87, 114, 139
Evento científico 9, 13, 16

F

Família 20, 27–28, 30–33, 36,
65–67, 71, 73, 81, 85, 98, 108,
143, 153, 170, 175
Feminino 20, 108, 151–152,
154–158, 161–162, 168
Freud 78, 83–84, 86, 104–106,
137
Funções 31, 44, 91, 93, 105, 119,
122, 125, 130, 132–133, 155

G

Gênero 14, 17–19, 21–25, 29, 31,
35–36, 154, 158
Gestalt-Terapia 90–91, 94, 97,
99–100
Gestão de pessoas 39–40, 42, 49
Grupoterapia 53–55, 62

H

Habilidades sociais 59, 61, 69,
120, 122, 154–155, 157, 167, 169,
171–172, 174–175

I

Idade 61, 65–70, 72, 74, 95–96,
107–108, 125, 127, 138, 153, 155,
157, 161
Igualdade 17–18, 21–25
Inconsciente 66, 78, 82–84,
110–111, 113
Infância 18, 30, 33, 67–70,
73–74, 82, 94–97, 101, 110, 119,
125, 137, 144–145, 151, 153–154,
156–157, 159
Interdisciplinar 147
Intervenção 14, 55, 59–60, 101,
105, 122, 125–126, 132–133,
137–138, 141, 144–147, 165, 167,
170–173, 175–176

L

LGBTQI+ 28–31, 35–36

M

Materna 104–105, 111–112
Mato Grosso do Sul 9–11,
14–16, 89
Mindfulness 125–126, 128–134

N

Norma 17, 39

P

Paraná 138–139
Política 29, 85
Protocolo 63, 129
Psicanálise 37, 73, 78, 82, 104,
137, 140, 143–144
Psicologia 9–11, 13, 15, 17,
28–29, 31, 63, 66, 74, 77, 89, 101,
103, 106–107, 113, 126, 137–141,
143, 155, 168, 171
Psicossociais 39–49, 73

R

Relação fusional 103–104, 106,
111
Revisão 57–58, 120, 123, 126,
129–132, 144, 152, 155, 172
Riscos psicossociais 39–49

S

Saúde mental 31, 37, 39, 41,
45, 47–48, 55, 63, 65, 73–74,
130–132, 152, 157, 160–161, 166
Self 36, 90–94, 96–98, 100–101,
129, 133
Série 77–78, 85–86, 158, 165,
170, 174
Sexualidade 27–28, 31–32,
34–35, 37, 68
Sistema Único da Assistência
Social (SUAS) 17
Sofrimento 28, 31, 35–36, 57, 66,
70, 90, 97–98, 108, 110–111, 113,
125–126, 160
Suicídio 27, 41, 65–66, 69–74,
157

T

Técnicas 43, 53–54, 56–57,
59–60, 62, 77, 118–122
Terapia Cognitivo-
comportamental em grupo
(TCCG) 54, 60, 62–63
Terapia Cognitivo-
comportamental (TCC) 53–54,
57–60, 62–63, 117, 140
Trabalho 11, 13–15, 17, 22–24,
28, 30–33, 35, 37, 39–50, 54,
66–71, 74, 77, 87, 125–126, 129,
132, 138–139, 141–144, 147, 156,
166–167

Transferência 18, 73, 77, 83–84,
86–87, 105, 112, 114
Transtorno 10, 53, 59, 62, 71–72,
117–119, 125–127, 132–134, 137,
145–147, 151–152, 154–158,
161–162, 165–168, 170–171,
173–177

Transtorno do Déficit de Atenção
e Hiperatividade (TDAH) 118
Transtorno do Espectro Autista
(TEA) 10, 151–152, 155–158,
161, 165–168, 170, 173–177

Tratamento 10, 12, 14, 29, 34,
36, 53–54, 56–57, 59, 62, 83, 86,
107–108, 113, 117–120, 122–123,
125, 127, 130, 132–133, 144,
159, 161

V

Violência 18, 21–24, 41, 73,
89–90, 97–100, 108–112



Este livro foi composto pela Editora Bagai.

 www.editorabagai.com.br

 [/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)

 [/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)

 contato@editorabagai.com.br