

REVISTA

PILURAL

Psicologia Clínica, Psicoterapia e Justiça Social

ANO 05 | N.º 08 | FLORIANÓPOLIS,
SC AGOSTO 2024 | ISSN: 2595-6191



Expediente

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 12ª REGIÃO (CRP-12)

SEDE

Rua Prof. Bayer Filho, 110, Coqueiros,
Florianópolis, SC, CEP: 88080-300

SUBSEDES

OESTE | Av. Porto Alegre, 427-D,
Ed. Lázio Executivo, Sala 802,
Centro, Chapecó, SC, CEP: 89802-130

SUL | Rua Henrique Lage, 267, 2º andar,
sala 201, Ed. João Benedit,
Centro, Criciúma, SC, CEP: 88801-010

NORTE | Rua Mário Lobo, 61, Sala 905/906,
Centro, Joinville, SC, CEP: 89201-330

XI PLENÁRIO (GESTÃO 2022-2025)

DIRETORIA

Yara Maria Moreira de Faria Hornke
Conselheira Presidente - CRP 12/08685

Joseane de Oliveira Luz
Conselheira Vice-Presidente - CRP 12/10914

Bruna da Costa Pereira
Conselheira Tesoureira - CRP 12/15305

Patrícia Brígida Estevão
Conselheira Secretária - CRP 12/03442

CONSELHEIRAS(OS)

André Luiz Cohn da Silveira — CRP 12/15290
Claudemir Gonçalves — CRP 12/15326
Cláudio Pedro Vitorino — CRP 12/01834
Cleidi Mara dos Santos — CRP 12/09938
Ematuir Teles de Sousa — CRP 12/12502
Fabiana Gonçalves Felix — CRP 12/03914
Fabrício Antonio Raupp — CRP 12/08012
Irme Salete Bonamigo — CRP 12/00531
Joseane Nazário — CRP 12/07882
Junior César Goulart — CRP 12/11136
Luã Inaiê Gonçalves Marcantoni — CRP 12/11079
Marcele Bressane — CRP 12/14655
Marina Citatin Arruda — CRP 12/14017
Mílana Regina da Silva — CRP 12/14711
Mirian Fernandes Yordi — CRP 12/06046
Nanci Cecília de Oliveira Veras — CRP 12/02324
Paloma Fabiola Borba — CRP 12/11072
Pâmela Silva dos Santos — CRP 12/09493
Patrícia Backes — CRP 12/02833
Paula Helena Lopes — CRP 12/13135
Renata Cristiane Araújo de Lima
Pierre Louis — CRP 12/14482
Sandra Regina de Barros de Souza — CRP 12/03795
Sandra Aparecida de Bem Stefanos — CRP12/07831
Sílvio Serafim da Luz Filho — CRP 12/00051
Tiago Luiz Pereira — CRP 12/09149
Vanabel Scarabelot — CRP 12/08197

REVISTA DO CRP-12

Publicação do Conselho Regional de Psicologia -
Santa Catarina (CRP-12)

COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DO CRP-12

André Luiz Cohn da Silveira - CRP 12/15290
Cleidi Mara dos Santos - CRP 12/09938
Marina Citatin Arruda - CRP 12/14017
Ester Konig da Silva - CRP 12/10865

EDIÇÃO

Camila Latrova - MTB 41.260/SP
Jornalista Responsável

LEITURA E REVISÃO

Cleidi Mara dos Santos - CRP 12/09938
Ester Konig da Silva - CRP 12/10865
Paula Helena Lopes - CRP 12/13135

CAPA, PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Agência Le Magu

AUTORES

Rodrigo Díaz de Vivar Y Soler - CRP 12/06971
Gustavo da Silva Machado - CRP 12/13516
Marcella Borges Bottaro
Maria Antonia Dos Santos Gazzana
Deise Priscila Delagnolo - CRP 12/25082
Eloisa Bido - CRP 12/19687
Greici Will Coelho - CRP 12/10649
Isabella Goulart Bittencourt - CRP 12/15427
Ed Turra - CRP 12/17804
Luiza de Barros Borini
Guilherme Trevisan Locatelli
Manuela Augusta Bahls - CRP 12/14894

Envie sugestões de temas para:
revistaplural@crpsc.org.br

Sumário

A Psicoterapia e os processos de formação em Psicologia: em defesa da ética e da conduta profissional

RODRIGO DIAZ DE VIVAR Y SOLER

05

Psicologia Clínica e Justiça Social: a questão do valor da sessão e seus efeitos no trabalho em rede

GUSTAVO DA SILVA MACHADO
MARCELLA BORGES BOTTARO
MARIA ANTONIA DOS SANTOS GAZZANA

09

Andantes: o acompanhamento terapêutico como lugar de tecitura da clínica psicológica

DEISE PRISCILA DELAGNOLO

16

As possibilidades de intervenção da Psicologia no enfrentamento da violência contra mulheres: um relato de experiência

ELOISA BIDO

22

Medicalização infantil: quando questões sociais são individualizadas

GREICI WILL COELHO
ISABELLA GOULART BITTENCOURT

29

Transcender a atuação Psi: Relato de experiência com grupo para pessoas trans

ED TURRA
LUIZA DE BARROS BORINI
GUILHERME TREVISAN LOCATELLI

36

Entrevista: psicoterapia on-line

MANUELA AUGUSTA BAHLS

42

Editorial

O compromisso da Psicologia com a Justiça Social

Prezadas leitoras,

É com imenso prazer que apresentamos mais um exemplar da Revista Plural dedicada a explorar temas pertinentes da Psicologia contemporânea e contribuir com a disseminação de conhecimentos técnicos-científicos, bem como em suas repercussões na sociedade.

Com o tema Psicologia Clínica, Psicoterapia e Justiça Social, iniciamos abordando a Psicoterapia e os processos de formação em Psicologia, considerando a defesa da ética e da conduta profissional. O objetivo é lançar luz sobre os desafios e as responsabilidades envolvidas no desenvolvimento profissional. O estudo crítico não apenas examina os novos processos formativos, mas também sublinha a importância da manutenção da ética na prática psicológica.

Em seguida, o texto sobre a questão do valor da sessão e seus efeitos no trabalho em rede trata das complexidades éticas e práticas enfrentadas por profissionais que procuram equilibrar a prática clínica com um compromisso renovado com a Justiça Social. Este artigo não só explora os desafios enfrentados por aqueles que iniciam suas carreiras clínicas, mas também destaca o papel crucial do valor social na configuração do cuidado psicológico contemporâneo.

No terceiro artigo da Revista, vemos uma perspectiva singular sobre a prática clínica, convidando à reflexão sobre a diversidade de demandas e à importância da construção cuidadosa de tratamentos personalizados. Este conteúdo ressoa como uma prosa, compartilhando percepções valiosas sobre a complexidade do trabalho clínico e suas múltiplas facetas.

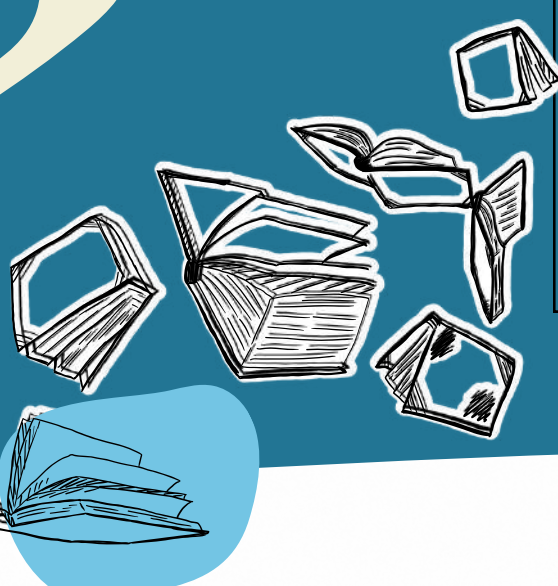
Ainda explorando questões reais e urgentes, temos um relato de experiência sobre as possibilidades de intervenção da Psicologia no enfrentamento da violência contra mulheres, que mergulha na necessidade de intervenções psicológicas eficazes diante dos altos índices de violência contra mulheres, particularmente em contextos como o estado de Santa Catarina. Em outro artigo sobre a medicalização infantil, uma pergunta oportuna se coloca: seriam as crianças detentoras de "comportamentos desajustados", ou atualmente, as exigências contemporâneas e suas expectativas sociais e culturais que colocam certos comportamentos como disfuncionais?

Em outro relato pessoal inspirador, vimos como ocorre a atuação psicológica em um grupo para pessoas trans, o acolhimento e a sensibilidade oferecida no trabalho desenvolvido, oferecendo visões valiosas sobre como a Psicologia deve ser um agente de transformação e inclusão.

Por fim, nesta edição, temos uma entrevista, que apresenta um tema presente na prática clínica: a Psicoterapia on-line. Nela, a psicóloga Manuella Bahls compartilhou suas reflexões sobre os desafios e as oportunidades emergentes no cenário atual. A conversa explora as nuances do atendimento remoto e examina seu impacto na prática clínica e na relação terapêutica.

Esperamos que esta edição da revista provoque diversas reflexões sobre a atuação clínica, considerando a diversidade de temas e ideias que transformam a Psicologia neste campo tão interessante. Agradecemos sinceramente a todas as autoras, entrevistadas e revisoras por sua contribuição excepcional. E, claro, agradecemos a você que inicia esta leitura.

Aproveite a jornada!



A Psicoterapia e os processos de formação em Psicologia: em defesa da ética e da conduta profissional

AUTOR*: Rodrigo Diaz de Vivar Y Soler

A Psicologia brasileira enfrenta uma série de desafios nas primeiras décadas do século XXI. A defesa por um Estado Democrático e de Direito, o combate a disseminação das falsas informações e, também o próprio percurso da formação da profissional de Psicologia em vias de uma sociedade, cuja mediação é quase que dependente das novas tecnologias e plataformas digitais fomentadas pelas *big-techs*.

Por ser uma profissão reconhecida pela Lei n.º 4119/62, é preciso destacar as condições de possibilidades para o processo formativo e, o que envolve diretamente as universidades como espaço de formação do conhecimento científico da Psicologia e às demandas da sociedade brasileira. Em especial, destaco os desafios estruturais nos campos das políticas públicas em saúde, educação e segurança, somente para ilustrar alguns exemplos.

Dessa forma, emerge como preocupação em torno dos processos formativos em Psicologia, o trabalho relacionado ao campo das psicoterapias. Na esteira da comemoração pelos 60 anos da regulamentação da profissão de psicóloga no **Brasil¹**, o Conselho Federal de Psicologia teve homologada no Diário Oficial da União a Resolução n.º 13/2022 em que se busca estabelecer as diretrizes e deveres para o exercício da psicoterapia por parte das psicólogas. É nítido percebermos como a publicação de tal resolução possui, nas suas estruturas básicas, o estabelecimento de um compromisso social, ético

e político, por parte do Conselho Federal de Psicologia, em compasso com as demandas da sociedade brasileira, em especial no que se refere ao fomento de uma intervenção que favoreça a potencialização de uma prestação de serviço altamente qualificada em conjunto com a experiência dos direitos humanos.

O primeiro artigo da referida resolução aponta que:

Para fins desta resolução, psicoterapia é uma prática de intervenção sustentada por um campo de conhecimentos teóricos e técnicos fundamentados cientificamente, embasada por princípios éticos da profissão, que se desenvolve em contexto clínico e em um relacionamento interpessoal, junto a indivíduos, casais, famílias e demais grupos, decorrente de uma demanda psicológica com o objetivo de promover a saúde mental e propiciar condições para o enfrentamento de conflitos ou transtornos psíquicos (Brasil, 2022, s/p).



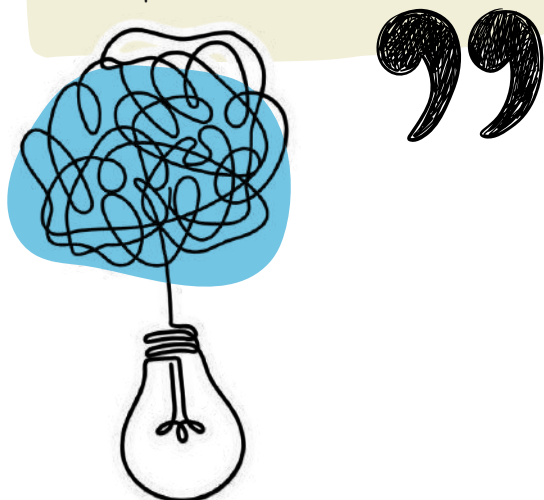
¹Utilizarei, nesse texto, a expressão “psicóloga” e “psicólogas”, por conta de uma escolha política e de gênero, uma vez que a nossa profissão é, reconhecidamente, formada na sua imensa maioria por mulheres.

Em outras palavras, o artigo sintetiza tanto as bases epistemológicas, quanto os pressupostos metodológicos da psicoterapia a partir das demandas frente aos cuidados em saúde mental e sofrimento psicológico. Trata-se também de uma normativa que visa assegurar ao exercício profissional, um elemento de defesa frente à precarização das relações de trabalho e o aumento considerável de grupos e indivíduos autointitulando-se "psicoterapeutas".

O processo histórico frente aos desdobramentos políticos e sociais levaram a construção de tal resolução. As instituições e os demais coletivos que compõem o Congresso Nacional de Psicologia, destacam sempre a necessidade de problematizar-se a formação, as práticas e as regulamentações necessárias para a psicoterapia.

Acerca dessa dimensão ética de problematização do tempo presente, em diálogo com as experiências ligadas ao contexto da intervenção profissional, há de se destacar que a:

(...) Psicologia é a disciplina científica que se ocupa do homem concreto – o sujeito constituído nas suas relações com a natureza, com as coisas, com os signos, símbolos, regras, normas, com os outros homens, e consigo mesmos – dedica-se a ele e, talvez, por isso mesmo, deva ser a mais humana de todas as Ciências Humanas. Atendendo a este compromisso fundamental, a ética da Psicologia é centralmente humanista, apoiada em valores de respeito, dignificação e defesa do ser humano. Mas ela é também – imediatamente – uma ética política que implica compromissos e posturas. Porque a Psicologia, ao mesmo tempo, em que se dedica ao homem, acaba tomando-o por objeto do seu olhar e das suas práticas, exercendo quotidianamente poderes efetivos sobre ele (Prado-Filho, Trisotto, 2006, p. 46).



Frente ao fenômeno nomeado por Morazov (2018) como sociedade digital, é importante dizer que as primeiras décadas do século XXI apresentam inúmeros desafios com o processo de formação e da qualidade de serviços prestados no âmbito da saúde mental. O incremento e o fortalecimento das plataformas digitais, associados ao ambiente liberalizante das relações humanas, colocam-se como ameaças permanentes ao trabalho científico e analítico para o conjunto de procedimentos psicoterapêuticos.

Isso significa que, ao vivermos em um momento histórico marcado pelos emblemas das sociais mídias e dos influenciadores digitais, torna-se salutar discutirmos o papel das psicoterapias baseadas em processos e evidências científicas.

Desse modo, poderíamos destacar todo o movimento em torno de experiências ligadas ao campo da saúde mental e que não se enquadram dentro de uma proposta psicoterapêutica, muito embora queiram produzir efeitos e ressonâncias em torno de tal perspectiva.

Esse é o caso das terapias holísticas de matriz transpessoal, das constelações familiares e ainda de algumas ferramentas elaboradas por coachings, práticas essas que não possuem qualquer evidência do ponto de vista científico e que disseminam a desinformação no âmbito do cuidado e dos tratamentos referentes ao campo da saúde mental.



É preciso destacar que a regulamentação da psicoterapia como um dispositivo de atuação exclusiva da psicóloga refere-se às bases produzidas pelos enfoques epistemológicos e metodológico que somente tornam-se possíveis a partir da formação intelectual e profissional mediada pelas universidades, pois

fundamentais de defesa da vida e da saúde. Isso porque, segundo o próprio código de ética da profissão de psicóloga, é vedado a esta profissional pactuar com qualquer forma de violência e de discriminação e, nisso está incluído as desinformações prestadas por serviços não validados do ponto de vista científico.

entende-se que a psicoterapia é um campo de conhecimentos teóricos e técnicos, e uma prática de intervenção sustentada por esses conhecimentos, que se desenvolve em um relacionamento interpessoal. O processo psicoterapêutico se respalda em métodos e técnicas, sob uma perspectiva biopsicossocial, reconhecidos pela ciência por sua eficiência e eficácia, e orientados pela ética profissional. Alguma forma de dor ou insatisfação psicológica dos seres humanos, individualmente ou em grupo, está na base da mobilização para a psicoterapia e faz parte de seu campo de ação. Entre seus objetivos podem estar: a ampliação do autoconhecimento e da utilização de recursos pessoais, a ampliação do desenvolvimento e da utilização de recursos psíquicos para lidar com situações de vida ou condições subjetivas, a melhora nas condições de vida e bem-estar, o tratamento de condições de sofrimento psíquico (definição redigida pelo grupo de psicoterapeutas instituído pela ABRAP, 2018-2019) (Conselho Federal de Psicologia, 2022, p. 11).



Os princípios que regulamentam a profissão de psicóloga no Brasil pressupõem, portanto, assegurar um padrão de conduta ética no exercício profissional, além da já mencionada formação intelectual e científica. Desse modo, a estrutura de um trabalho psicoterapêutico deve estar em consonância com os elementos ligados aos princípios norteadores do marco civilizatório, sobretudo os valores ligados ao contexto dos direitos humanos e das garantias e predisposições

Nesse sentido, é correto afirmarmos que as entidades que cuidam do exercício profissional em Psicologia não medem esforços para a manutenção dos padrões éticos e legais no campo da saúde mental em suas diferentes manifestações de atuação e de intervenção.

Há de se destacar no processo de defesa da psicoterapia como dispositivo de escuta e de intervenção no âmbito da saúde mental, os processos voltados para uma reflexão crítica e apropriada do contexto histórico, cultural, econômico e social da constituição do sujeito. Nesse sentido, mensura-se o papel fundamental das competências e habilidades presentes no exercício da psicoterapia. Ainda, destaca-se o elemento imprescindível da alteridade, isto é, da relação com o outro, cujo espaço é visibilizado pela formação intelectual e humanística presente nos processos de formação produzidos na e pela universidade. Tais elementos são imprescindíveis para o campo das psicoterapias em tempo de uma sociedade mediada por tantos desafios estruturais.

AUTOR*:



Rodrigo Diaz de Vivar Y Soler

(CRP 12/06971)

Graduado em Psicologia pela UNESC (2002-2007). Mestre em Psicologia pela UFSC (2008-2010). Doutor em Filosofia pela UNISINOS (2015-2019). Psicólogo inscrito no CRP 12/06971, atuando desde 2008. Professor universitário no curso de Psicologia da FURB.

rsoler@furb.br

Referências

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Reflexões e orientações sobre a prática da Psicoterapia. Brasília: CFP, 2022. Disponível: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/06/caderno_reflexoes_e_orientacoes_sobre_a_pratica_de_psicoterapia.pdf. Acesso em: 09 jul. 2024.

BRASIL. RESOLUÇÃO n.º 13, DE 15 DE JUNHO DE 2022. Dispõe sobre diretrizes e deveres para o exercício da psicoterapia por psicóloga e por psicólogo. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-13-de-15-de-junho-de-2022-408911936>. Acesso em: 09 jul. 2024.

MOROZOV, Evgeny. Big Tech: a ascensão dos dados e a morte da política. São Paulo: UBU, 2018.

PRADO-FILHO, Kleber; TRISOTO, Sabrina. Psicologia, Ética e Bioética. *Psicologia Argumento*, v. 24, n. 47, p. 45-48, 2006. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/Psicologiaargumento/article/view/20039/19325>. Acesso em: 09 jul. 2024.

Psicologia Clínica e Justiça Social: a questão do valor da sessão e seus efeitos no trabalho em rede

AUTORES*: Gustavo da Silva Machado
Marcella Borges Bottaro
Maria Antonia Dos Santos Gazzana



A reflexão que apresentaremos aqui surgiu a partir de um trabalho de conclusão de curso em Psicologia, no qual estamos investigando a função do atendimento psicológico realizado com "valor social" e sua relação com as possíveis lacunas na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Também tem nos interessado ao longo da pesquisa a percepção profissional das pessoas que atuam nessa perspectiva, entendendo que a decisão de trabalhar com o "valor social" pode partir de variadas motivações: desde busca por justiça social e democratização do cuidado psicológico, até questões práticas de começo de carreira no campo da clínica. Iniciamos esta discussão, portanto, com um acordo com você que nos lê: sabemos que estamos diante de um fenômeno polissêmico e, assim sendo, não estamos em busca de uma verdade absoluta sobre o "preço social" no atendimento psicológico. Ao contrário, buscamos ampliar o debate sobre o tema para que, cada vez menos, este seja um tópico velado e fadado às impressões singulares, pois precisamos coletivamente falar sobre isso.

Partindo desta proposta textual dialógica, o que significa o atendimento a valor social para você? Popularmente, classificamos os atendimentos com uma remuneração abaixo da sugerida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), com o propósito de possibilitar a escuta também para aquelas pessoas que não podem pagar o valor proposto.

Você também a vê dessa forma? Nos deparamos, aqui, com uma prática que é sabidamente recorrente no âmbito da clínica, mas definitivamente carece de reflexão crítica, ampliando sua proposta. Afinal, práticas como esta devem estar intimamente implicadas com questões mais amplas, para além da aposta individualizante da clínica tradicional.

Por exemplo, podemos problematizar o próprio nome dado a esta prática: "clínicas sociais", "atendimentos com valores sociais". Há algo na clínica proposta pela Psicologia que não seja social, independente do valor que esteja sendo efetuado? Ao nomear como "sociais" apenas estas práticas clínicas que são comprometidas com as necessidades dos sujeitos que escutamos, cristalizamos um viés político e ideológico sobre a Psicologia clínica, a qual se destinaria com mais frequência àquelas pessoas que possuem "condições" para pagar valores específicos pelo seu processo terapêutico. Não estariam as pessoas que pagam o valor sugerido pelo CFP também inseridas no "social"? Toda clínica prescinde o social.

Cabe, portanto, uma historicização sobre esta relativização dos valores dentro do âmbito da clínica. Elisabeth Danto (2019) apresenta uma retomada significativa das práticas clínicas comprometidas com a justiça social. Em seu livro "As Clínicas Públicas de Freud", a autora organiza com maestria a visão psicanalítica sobre os atendimentos e os pagamentos de sessões. Danto (2019) apresenta uma comunidade psicanalítica muito diferente do que o senso comum construiu sobre esta abordagem ao longo do século XX. Vemos um grupo implicado com a aplicação da psicanálise no contexto de desigualdade

promovido pela Primeira Guerra Mundial, como uma estratégia de reparação psíquica que deveria ser acessível para as grandes massas.

Por mais que Freud (1913/2006) acreditasse desde o início de suas elaborações teóricas que a remuneração era essencial para a eficácia do tratamento, pois indica investimento do sujeito no seu processo de cuidado, ele também lamentava o fato de isso produzir um recorte de acesso ao método psicanalítico. Poderiam, portanto, receber este cuidado apenas as pessoas que podem pagar por ele? Ao longo começo do século XX, a realidade das guerras invadiu de modo significativo os demarcadores da práxis psicanalítica.

A necessidade de fornecer atendimentos gratuitos surgiu como resposta a uma nova realidade socioeconômica desafiadora, somada aos estudos que evidenciavam a neurose de guerra como um importante efeito do trauma. Além dos desdobramentos teóricos sobre o traumático oriundo deste período, a técnica também precisou se reinventar. Como a psicanálise apresentava significativos resultados, Sigmund Freud (1919/2006), antevendo essa mudança, expressou a inevitabilidade de instituições oferecerem tratamento psicanálise gratuitamente, criando uma economia do cuidado que entendeu o investimento no tratamento para além do dinheiro.

Esse movimento de tornar a psicanálise mais acessível ganhou forma com a criação da Policlínica Psicanalítica de Berlim em 1920, idealizada por Max Eitingon. Essa instituição pioneira estabeleceu um modelo para oferecer tratamento psicanalítico a uma parcela mais ampla e economicamente desfavorecida da população,

servindo de inspiração para outras instituições ao redor do mundo. O tratamento era determinado exclusivamente pela demanda apresentada por meio dos sintomas, sem balizar o cuidado pela

possibilidade de pagar por ele, mas pela necessidade de amenizar os efeitos dos sintomas no bem-estar. E, assim, marcou um importante capítulo na história da psicanálise e do papel da justiça social na prática clínica (Dias e Geraldo, 2021).

A psicóloga Marina Ricco Pedroso (2020) ressalta a relevância do atendimento gratuito e da preocupação com a comunidade que permeava a psicanálise na década de 20 do último século. Naquela época, os psicanalistas, guiados pelo desejo de democratizar o acesso à psicanálise, ofereciam tratamento sem custos, inclusive para a própria comunidade psicanalítica, ampliando o acesso também à formação em psicanálise, a qual passa, necessariamente, pela análise. Jovens profissionais adotavam a prática de fornecer sessões de análise em troca de serviços, incorporando uma responsabilidade social ao papel do analista.

Comprometendo-se com a formação, cada analista treinava dois estudantes. A contrapartida para os alunos incapazes de custear a formação era oferecer atendimentos gratuitos por dois anos na clínica. Esse modelo não só promovia a formação profissional, mas também ampliava o alcance da psicanálise, tornando-a acessível a uma parcela mais ampla da sociedade (Pedroso, 2020). Refletindo sobre essas práticas históricas, surge a questão de como podemos inspirar modelos atuais que promovam uma Psicologia mais inclusiva e comprometida com a justiça social. Seguiremos a discussões a partir de duas perguntas: o que temos feito para democratizar a Psicologia clínica e o cuidado em saúde mental dada a emergência da sua relevância diante das crises sociais contemporâneas? E quem paga o cuidado prestado de maneira gratuita?

1920



Para responder a primeira pergunta, precisamos recorrer também a um efeito social do advento da Psicologia e da psicoterapia no século XX. Martin-Baró (1996) argumenta que a individualização do sofrimento psíquico ganhou ainda mais força quando criamos um dispositivo de cuidado que, da mesma forma, aposta no um-a-um: há um que supostamente sabe e escuta e há quem sofre e fala. Uma vez que este dispositivo se perpetua como estratégia reproduzível e "cientificamente" comprovada no cuidado ao que foi sendo circunscrito como "transtornos mentais", medicalizou-se o sofrimento psíquico e enquadrou-se ainda mais o cuidado dentro de uma lógica biomédica. Portanto, falamos de um paradigma de cuidado que, além da necessidade de repensar seus valores, talvez precise também organizar novas ecologias do cuidado que considerem a comunidade e as relações sociais como integrante do tratamento. Por isso, falar sobre "clínica social" também precisa significar novas reconfigurações das paredes que emolduram o consultório.

Como o vivenciado tanto pelas pessoas que atuam com Psicologia clínica quanto por aquelas que procuram o cuidado, é no atendimento individual que a prática clínica tem se efetivado. Vladimir Safatle (2021) também acrescenta a esta discussão a intersecção do neoliberalismo como gestor do sofrimento psíquico e, por conseguinte, dos modelos de cuidado. Quando consideramos este cenário e ampliamos para todas as abordagens à prática "social" na clínica, percebemos que ela pode estar, muitas vezes, atrelada ao início de carreira e aos profissionais recém-formados que estão buscando se "firmar" em seus consultórios privados. No entanto, uma "clínica social" deveria estar a serviço da população de forma crítica e implicada, conforme discutido por Pacheco-Ferreira e Mendes (2022).

Com isso, chegamos à segunda pergunta que foi lançada: quem paga o cuidado prestado de maneira gratuita? No Brasil, o SUS é um projeto de sociedade, pois representa a efetivação de um compromisso constitucional que o Estado estabelece com o cuidado em saúde, incluindo a Atenção Psicossocial.

Portanto, esta questão já estaria respondida, pois a partir dos impostos, coletivamente pagamos por um serviço público e gratuito, organizado de maneira hierárquica em níveis de complexidade. Porém, quais são as condições atuais do trabalho da Psicologia neste contexto?

Veja bem: para abriremos um diálogo sobre uma prática clínica comprometida com as questões socioeconômicas, precisamos pensar sobre as possíveis ações e lacunas existentes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pois é nela que teremos uma resposta para o impasse da clínica social. Com o seu funcionamento estruturado em rede, os cuidados estão articulados em Atenção Primária à Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad), Atenção à Urgência e Emergência (SAMU 192, UPA 24 horas), Atenção Residencial Transitória (Unidades de Acolhimento), Atenção Hospitalar e Estratégias de Desinstitucionalização (Serviço Residencial Terapêutico).

Porém, como está a população que depende exclusivamente do atendimento psicológico oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas não têm o seu direito garantido por dificuldades de implementação da RAPS? Essa carência se opõe ao que consta no artigo 196 da Constituição Federal (1988), onde diz que saúde é um direito de todos e dever do Estado. A falta de qualidade no acesso aos serviços de saúde mental parece ser uma questão estrutural em nível social, além de ser uma discussão necessária para a área da Psicologia.





O objetivo da implementação da RAPS é promover a continuidade do cuidado em todos os âmbitos da saúde, não restringindo apenas ao setor especializado. Um cuidado verdadeiramente integrado que engloba o atendimento em diferentes níveis: atenção primária, média e alta complexidade.

Segundo o último Plano de Saúde (2019), Santa Catarina conta com 109 Centros de Atenção Psicossocial. O CAPS é um serviço de caráter aberto e comunitário do SUS, que tem como objetivo acolher pessoas em sofrimento psíquico ou com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras substâncias, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações psiquiátricas e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (Ramminger e Brito, 2011).

O estado de Santa Catarina ainda conta com três Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), duas Unidades de Acolhimento (UA) e quinhentos e cinquenta e sete leitos em saúde mental/psiquiatria para o tratamento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e também para desintoxicações para aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Segundo o Diagnóstico de Serviços de Saúde Mental, estudo que mostra o cenário das práticas adotadas pelos 295 municípios catarinenses, disponibilizado em 2024 pelo Tribunal de Contas de Santa Catarina (TCE/SC), Florianópolis não consegue atender totalmente, sem lista de espera, a demanda por atendimentos em saúde mental. O tempo médio de espera para o atendimento com especialista em saúde mental (médico(a) psiquiatra e psicólogo(a)) nas Unidades de Saúde (exceto CAPS) é mais de 30 dias corridos. Uma ressalva: o tempo máximo permitido pelo formulário da pesquisa apresentada era 30 dias, o que nos leva a acreditar que esse número pode ser ainda mais alto.

Por não se enquadrar no atendimento sem lista de espera, o município não possui protocolos estabelecidos para a gestão de crises e emergências relacionadas a casos graves de saúde mental nas Unidades de Saúde municipais. Da mesma forma, a Capital também não possui protocolos estabelecidos para a identificação e o encaminhamento de casos mais graves de doenças relacionadas à saúde mental para serviços de referência ou hospitalares.

Fazendo um paralelo entre a totalidade desses números e a ideia do funcionamento da RAPS, temos uma rede estruturada em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, mas é percebida certa distância entre aquilo que se apresenta na normativa e o que é - de fato - efetivado. Colocando, assim, o atendimento em saúde mental, em sua maioria, na lógica da

urgência e não preventiva. Ou seja, um cenário que opõe o que consta na portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde, privilegiando os espaços especializados para acompanhamento de casos agravados e não necessariamente a ideia de promoção da saúde mental.

De acordo com a pesquisadora Mariana Peres Trajano (2017), existem lacunas significativas na Rede de Atenção Psicossocial de Florianópolis. Sendo uma cidade com 537.213 habitantes (IBGE, 2022), a capital de Santa Catarina ainda não conta com um CAPS III, estrutura mandatória para cidades com mais 200 mil habitantes que funciona em regime de 24h com possibilidade de hospitalidade e internações breves.

Mesmo sendo uma lacuna evidente, quando saímos da capital, deparamo-nos com situações igualmente preocupantes, como é o caso de São João Batista. Com uma população de 38.583 (2020), essa cidade viu a inauguração do seu primeiro Centro de Atenção Psicossocial apenas em 2022, estando quase no dobro de habitantes indicados para a abertura de um CAPS I, segundo a portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde.

As pesquisas realizadas por Trajano (2017) mostram que essas lacunas, conforme destacado, configuram uma problemática que sobrecarrega todas as outras pontas de atendimento da rede e os profissionais, que precisam adaptar os atendimentos em um período escasso para o tamanho da demanda. Por todas essas questões intrínsecas à estruturação do cuidado em saúde mental, faz-se necessária a abertura de um diálogo da atuação da Psicologia implicada com a justiça social, seja na implementação dos serviços de cuidado psicossocial ou até mesmo na sua prática em espaços não diretamente vinculados ao SUS. Pensar que o consultório privado está isolado na RAPS é fadá-lo a uma atuação pouco comprometida com o laço social.

Dessa forma, os atendimentos com "valor social" surgem como uma possível solução temporária para os imbróglios da implementação de uma rede mais ampla de cuidado. Entendemos a "clínica social", aqui, como uma prática que envolve um olhar crítico sobre as necessidades socioeconômicas da população e seu rebatimento na forma como a cobrança para o atendimento psicológico privado é realizado. Ou seja, consideramos a "clínica social" como aquela que atrela à sua prática um caráter importante de justiça social e relativiza a ideia de pagamento (Araujo, Quadros, & Arendt, 2019). Contudo, parece-nos ser também algo além de simplesmente fazer um preço abaixo do sugerido pelo CFP, é implicar e integrar o cuidado em saúde mental como um território de diferentes pontos interconectados.

Ainda cabe refletir: a implementação de um CAPS deveria ser determinada pela quantidade de habitantes ou pela real necessidade da população (que pode ser antes deste número preestabelecido)? O questionamento se estende ao observarmos que, mesmo diante dessa ponderação, a consideração adotada em relação a quantidade de habitantes para a implementação dos CAPS ainda parece negligenciada. Por que, então, esse critério não está sendo devidamente respeitado?



Você, profissional que atua em consultório privado, quantas vezes conectou sua prática à RAPS? Seja em um contato telefônico ou encaminhamento, será que não é possível realizar conexões destes universos aparentemente diversos a fim de evidenciar as lacunas encontradas? Perguntamos isso por acreditarmos que certas questões estruturais da dinâmica social como a desigualdade carecem de uma implicação coletiva, mais do que nunca.

Agora, reformulando o nosso questionamento inicial:

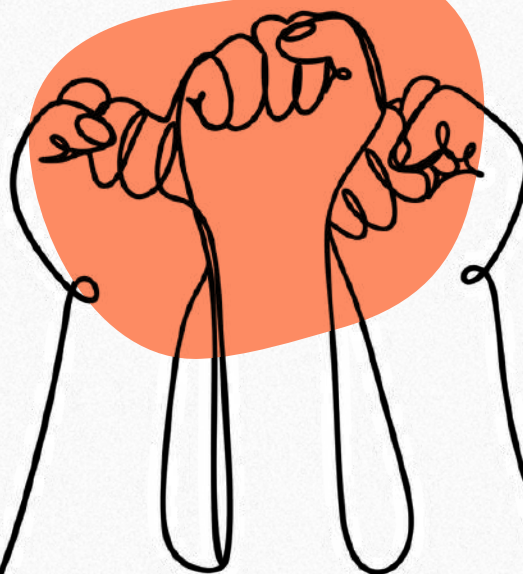
o que faz um psicólogo escolher pelo atendimento social? A pluralidade pela qual se desenvolve o tema, nos leva a uma convicção absoluta: não há apenas uma resposta.

Neste sentido, entendemos este texto na Revista Plural como a continuidade de um diálogo que já tem sido organizado por colegas ao longo do mundo. Acreditamos ser tempo de reorganizar certa economia e ecologia sobre o cuidado em saúde mental, produzindo reflexões profundas sobre a valorização da nossa profissão e, ao mesmo tempo, buscando democratizar o cuidado em saúde mental sem que estas apostas sejam contraditórias.

Do desenho histórico ao contexto mercadológico, o que move a clínica social não deve ser lido de forma simplificada. Todas as possibilidades desenhadas ao longo deste artigo são passíveis de serem consideradas de forma distinta ou, até mesmo, entrelaçadas umas às outras. Uma vez que servir à justiça social não é um impedimento que a prática também esteja atrelada à uma estratégia de estreia no ambiente profissional.

Como bem destaca o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a responsabilidade do psicólogo com a sociedade é evidenciada desde o princípio fundamental III do código de ética, que preconiza a atuação com responsabilidade social, analisando criticamente a realidade política, econômica, social e cultural (CFP, 2005, p. 7). Essa responsabilidade transcende o consultório, refletindo-se na interação do psicólogo com a comunidade.

Como resposta, sugerimos a criação de uma rede de pessoas que pensem sobre o tema, construindo este "social" da clínica como uma discussão para além do valor. Caso tenha se interessado pelo debate, entre em contato conosco. Nossa pesquisa está em andamento e buscamos nos debates futuros aproximar cada vez mais a Psicologia clínica da justiça social, especialmente considerando as crises contemporâneas.



Referências

AUTORES*:



Gustavo da Silva Machado (CRP 12/13516)

Psicólogo especialista em saúde com ênfase em urgência e emergência (RIMS/UFSC), Mestre em Psicologia Social e Cultura (PPGP/UFSC) e Doutor em Psicologia (PPGP/UFSC). Foi pesquisador visitante no departamento de Psicologia Social e Cultura da Universidade Livre de Bruxelas (CeSCUP/ULB - 2022-2023) em uma pesquisa sobre as práticas de acolhida e inclusão de refugiados na Região de Bruxelas. Foi pesquisador integrante de uma colaboração internacional com mais de 50 países liderada pela Universidade de Osnabruck para investigar os efeitos psicossociais da pandemia de COVID-19 (2021-2023). Co-dirige o muq, experimentando o museu como prática em arquitetura, psicanálise e artes, com participações no Field Office Workshop 01 (Londres, 2023), Museu da Escola Catarinense (2022), The 5th Wrong Biennale (2021) e o Seminário Psicologia e Luto (2021). Foi bolsista do DAAD dois anos consecutivos (2021 e 2022) para o curso de verão da Universidade Internacional de Psicanálise de Berlim. É professor nos cursos de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí e professor visitante no mestrado integrado à formação em psicanálise da Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, em Londres. Foi consultor de atenção psicossocial do UNICEF em Roraima (2020-2021) e psicólogo do Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes (CRAI/SC) em Florianópolis (2018-2019). Atuou como estagiário e psicólogo voluntário na Associação de direitos humanos com enfoque na sexualidade em Florianópolis (2015-2017). É autor do livro "Modos de Subjetivação, Loucura e Literatura: Experiência Macabéa", publicado pela editora Juruá em 2022. Trabalha em consultório privado desde 2017 utilizando a abordagem psicanalítica, além de articular em sua prática atividades de democratização e popularização da psicanálise. Como interesses de pesquisa tem estudado práticas de normatização da diferença, clínicas públicas de psicanálise, arte e memória. gustavom@unival.br



Marcella Borges Bottaro

Graduada em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí. É formada em Comunicação Social, com ênfase em Jornalismo, pela Universidade do Sul de Santa Catarina e possui MBA em Marketing Digital. Tem interesse em pesquisas no campo da Psicologia Social e Clínica. marcellabottaro@gmail.com



Maria Antonia Dos Santos Gazzana

Graduada em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí. Tem interesse de pesquisa em clínicas sociais, saúde mental, atendimento integral e Psicologia clínica. Possui três anos de experiência na administração de uma clínica particular de Psicologia com atendimento a valor social. sg.mariaantonia@gmail.com

ARAUJO, E.S., Quadros, L.C.T. & Arendt, R.J.J. (2019). A "clínica social" em Psicologia e articulações que sustentam esse fazer: uma reflexão acerca do cenário brasileiro. *Psicologia, Conocimiento y Sociedad*, 9(2), 298-317. doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v9.n2.12>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Art. 196º.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional dos Psicólogos, Resolução n.º 10/05, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-Psicologia.pdf>.

DANTO, E. As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social, 1918-1938. 1. Ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2019.

FREUD, S. (2006). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In J. Strachey (Ed.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 17, pp. 170-181). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1919).

GERALDO, Raoni Pereira da Silva Ramos; DIAS, Eliane Aparecida Costa. Pode uma análise prescindir do dinheiro?: Considerações sobre o pagamento na psicanálise. *Rev. Subj.*, Fortaleza, v. 21, n. 1, p. 1-13, abr. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692021000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>>. Acesso em: 10 set. 2023.

MARTÍN-BARÓ, I. (1996). O papel do Psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 7-27. doi:10.1590/S1413-294X1997000100002. (Obra original publicada em 1985).

MATTOS, Ligia Todescan Lessa et al. O conceito de responsabilidade social: uma experiência na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. *J. psicanal.*, São Paulo, v.49, n.91, p.77-89, dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352016000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2023.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 set. 2023.

PACHECO-FERREIRA, F.; MENDES, R. DE O.. Quem paga o pathos? Psicanálise e clínica social. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 25, n. 1, p. 44-51, jan. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/agora/a/KSVVJgSWwnZwPdXQZ4tkJr/?lang=pt#>>. Acesso em: 13 set. 2023.

PEDROSO, M. R. (2020). Clínicas Sociais: Origens e Desenvolvimentos. *Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal*, 7(10), 50-58. Disponível em: <https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/10>. Acesso em: 20 set. 2023.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. DE .. "Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. spe, p. 150-160, 2011.

SAFATLE, V; JÚNIOR, N. da S; DUNKER, C. Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico. São Paulo: Autêntica, 2020.

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Plano de saúde 2020-2023. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/16883-plano-estadual-de-saude-2020-2023>>. Acesso em: 11 de novembro de 2023.

Tribunal de Contas de Santa Catarina (TCE-SC). Diagnóstico de Serviços de Saúde Mental. Disponível em: <<https://paineistransparencia.tce.sc.gov.br/extensions/appSaudeMental/index.html>>. Acesso em: 22 abr. 2024.

Andantes: o acompanhamento terapêutico como lugar de tecitura da clínica psicológica

AUTORA*: Deise Priscila Delagnolo



Primeiros passos

Movimentar. Para tecer este relato que estrutura-se na experiência clínica em uma Instituição de Santa Catarina, utilizo-me de um dos verbos que norteiam a práxis da clínica psicológica: movimento.

Para Miriam Ângela Maria Resende Vorcaro; Aline Aguiar Mendes Vilela; Alice Oliveira Rezende (2018) movimento é um ato subjetivo que implica no direcionamento discursivo do sujeito endereçado ao Outro, tornando-se assim essencial na condução de tratamento, dito de outra maneira, é um lugar de escuta potencial, onde o sujeito do discurso torna-se sujeito da palavra.

Para tanto, ser sujeito não é essência, mas movimento, errância, um caminhar incessante em seu pensamento, vida sem repouso, sem medir distâncias.

Mas onde movimentamos? Enquanto profissionais de Psicologia, amparados na pluralidade da atuação profissional, estamos advertidos que clínica não se faz apenas em consultórios, adentrando em distintos contextos: Hospitais, Escolas, dentre outros.

Contudo, parece-me que ainda resistimos a colocar nossas "orelhas" em outros lugares, principalmente quando a porta de entrada do paciente é a própria clínica de consultório, mas se o paciente quiser sair? Se o paciente tiver vivido experiências de exclusão social? Se a via de tratamento for o tecido social? Quem sou? Indaguei-me: Uma clínica com paredes ou um sujeito disposto a tecer e produzir narrativas de inclusão?

A primeira vez que saí do consultório com um paciente tive a impressão que ainda carregava as paredes da clínica comigo. Aos poucos, conforme percorria o tecido social fui deixando minhas orelhas comporem em conjunto com o sujeito. Àquilo que desejava falar sobre si, principalmente que conhecia e registrava ao caminhar, e produzia narrativas das mais distintas possíveis.

O objetivo desta escrita é fazer-lhes um convite a reflexão da pluralidade do ato clínico, a pluralidade das demandas e a construção da condução de tratamento. É uma conversa com tonalidade musical, para que possamos nos aproximar e compartilhar a diversidade que o fazer clínico nos coloca.



ANDAMENTOS TEÓRICOS¹: nem tão lentos, nem tão rápidos: uma conversa profissional

Utilizo-me de terminologias musicais na escrita, pois parecem-me uma interessante maneira de ecoar os colegas psicólogos, também um estilo mais leve de fazer desta experiência uma troca, como aqueles que escutam os andamentos de uma música e vislumbram lugares, possibilidades, tecituras clínicas, uma experiência de comunalidade.

Sabemos que o Acompanhamento Terapêutico - AT teve suas primeiras andanças ancoradas em um fazer psicológico que objetivava romper com o modelo de tratamento em Saúde Mental outrora vigente, ou seja, para além dos muros dos hospitais psiquiátricos, fundamentado-se em um modelo disruptivo do fazer biomédico hegemônico até a década de 1970 (Amarante, 1972).

É sempre fundamental refletirmos acerca de uma constância do nosso fazer, ou seja, resistirmos ao discurso da lógica da institucionalização, das grades do hospital psiquiátrico, das grades do patológico que rotula, para um fazer que insere, que possibilita, que tece narrativas, recostura o discurso hospitalocêntrico em lugares outros, insere-se no social, faz do sujeito então, potência.

Assentados sobre a nosologia biomédica e dirigidos por uma perspectiva utilitarista, tais modelos propositam a adequação do paciente às demandas normativas de seu ambiente social, produzindo práticas que, concebidas na ausência de uma maior problematização sobre a relação loucura-cidadania, focam na correção intransitiva dos comportamentos desviantes e na ortopedização da dinâmica sociofamiliar do paciente (Gruska; Dimenstein, p. 104, 2015).



¹Ideia referenciada em andamentos utilizados por Antônio Nóvoa em sua obra *Escolas e Professores Proteger, Transformar, Valorizar*. O mesmo autor também trabalha com a ideia de andante tal qual apontada no capítulo seguinte.

É essa a aposta, a clínica é uma potência, mas indago-lhes: E se a potência do sujeito não estiver sendo narrada no consultório, se a potência do sujeito puder ser efetivamente escutada e tecida na territorialidade, no espaço da polis, o que fazemos? Vamos? É um convite a abriremos as portas dos consultórios!

Abrir as portas do consultório para deixar que o sujeito possa colocar sua potência em ato, descobrir-se, encontrar-se, reencontrar-se. Vamos? Parece uma provocação, pois bem, é!

Vamos?

Neste andamento clínico teórico trago as colaborações de duas autoras mulheres que permearam os andamentos desta experiência Analice Palombini e Ana Lúcia Mandelli De Marsillac, as quais debruçam-se no estudo do Acompanhamento Terapêutico - AT em suas trajetórias como pesquisadoras da clínica.

Palombini (2007) nos faz referência ao Acompanhamento Terapêutico - AT enquanto uma prática que não se restringe à muros, mas sim se faz em escopos onde as trocas sociais com a cidade potencializam-se na experiência da inserção no social.

A mesma autora nos faz refletir em sua dissertação de mestrado (2007) o Acompanhamento Terapêutico - AT enquanto uma rede de articulação clínico-política, tendo como sua potência fundamental a desinstitucionalização e transformação da clínica clássica. Seus estudos colocam-nos no desígnio de construtores de estratégias em rede.

Analice Palombini



Ana Lúcia Mandelli De Marsillac (2018) trabalha sob a ótica do lugar clínico do acompanhante terapêutico, atrelando seus estudos a escuta psicanalítica no âmbito do Acompanhamento Terapêutico - AT, principalmente em casos de psicose. A pesquisadora/autora ancora suas referências para uma ampliação da clínica no território do paciente e na escuta de seu desejo e produção de narrativas.

Estas duas autoras, mulheres, serviram-me de suporte teórico para amparar esta experiência clínica. A proposta de uma escuta aberta (flutuante), uma escuta que insere, dito de outro modo, escuto a cidade em conjunto com o paciente e a partir dele vamos produzindo narrativas, estou na clínica?

Obviamente que sim!

A clínica é o que traz o paciente, estejamos sempre compostos e andantes de nosso fazer sob esta ótica, pois, não haveria de ser um fazer ético usar muros onde o desejo emerge na circulação. Vamos?

Já não é mais uma provocação, entendo que agora possamos compreender a inventividade que o Acompanhamento Terapêutico - AT coloca na clínica, e bem, se vamos, vamos nem tão lentos, nem tão rápidos, em companhia de pesquisadoras que nos situam acerca da temática, e, em espaços de produção de conhecimento clínico na comunidade psicológica.

ANDANTE (Velocidade de andar humano, amável e elegante)

Começamos na comunalidade, na conversa, na tecitura de um diálogo profissional onde cada um escuta ao sem tempo. Nem tão lento, nem tão rápido, ao tempo, colocando a escrita articulada com a teoria, inspirando a leitura e tecitura profissional da experiência compartilhada.

Vamos ao Acompanhamento Terapêutico - AT enquanto experiência clínica? Lhe convido, colega psicóloga, ao andamento deste trabalho, vamos? Andantes!

Chegando na clínica começaram as tecituras da condução deste breve relato de experiência.

Nos primeiros encontros percebera que o sujeito usava da espacialidade do consultório para estagnar-se em seu discurso de um diagnóstico não decidido, melhor dizendo: contando repetidamente todas as salas do prédio onde se localizava o consultório, ficando ensimesmado ao adentrar com proposições de mediação clínica, por exemplo: o desenho: Referenciava-se à um fazer que na narrativa do paciente repetia-se na escola, o brincar o colocava em uma posição infantil (se tratava de uma passagem pela adolescência), mas que narrativa trazia o paciente sobre si? Tenho um sonho, mas possuo medos.

Thais Klein e Regina Herzog (2017) discutem a manifestação do medo como uma experiência de conflito convergente com a angústia, os quais revelam movimentos traumáticos e repetitivos do sujeito, dito de outra maneira, uma resistência. Tal resistência no caso se articula aos movimentos de passagem à adolescência, os quais se intensificam nas intensas relações psíquicas que estabelecem a passagem pela adolescência e a vida adulta.



Refletir sobre a errância é, evidentemente, descrever itinerário, adolescência, apreender, de passagem, palavras e instantâneos de corpos, abrir, então, uma brecha em nossas certezas e em nossos territórios (Douville, 2002, p. 79).

O sonho? Ser Doutor em Informática.

Indaguei-me: Como ser Doutor em Informática ficando preso em paredes que produziam repetições e gestos infantis? Como narrar esses medos?

Decidi.

O consultório não era a via de Tratamento para este paciente, é preciso narrar os medos, é preciso vislumbrar o sonho.

Desde então, deixamos de ser repetitivos para movimentarmos a clínica, passamos a ser andantes em uma Instituição e uma Cidade. O tecimento da narrativa passou então por outros percursos. Andou por Laboratórios de Informática de uma Instituição, pela apreciação de grafites, adentrou na exploração dos livros disponibilizados na Instituição e a utilização de seus computadores. Perpassou em um além dos horizontes do sonho em ser Doutor em Informática para adentrar na cena pública da cidade e seus medos.

A cidade através dos parques, a cidade e seus cafés, a cidade e suas lojas, a cidade e seus monumentos digitais, a cidade também grafitada como a Instituição, ponto de enlace.


Conforme se estabelecia a andança percebia que sim, a clínica se movimentava, que os sentidos dos sonhos do paciente se deslocavam, que gestos da adolescência passavam a advir no perpassar por lojas que continham objetos próprios desta fase da vida (Que tal um all star?)

Perpassando pelos cafés, porque não a sugestão de se lambuzar com “doces” e “delícias” de passagens da vida, tecer, narrar que estrangeiros eram esses que habitavam os cafés? Cabelo vermelho (Que surpresa, tecendo a narrativa), “Gente velha essa” (Velha? Qual sentido? E você? “Sou uma criança que “dizem” ser adolescente, o que é ser adolescente?”).

Esta última pergunta passa então a ser o gesto da clínica, produzir narrativas de um estranho que começa a habitar no próprio conhecimento das tecituras da cidade. Estruturar no social o advir de um sujeito adolescente em um paciente que subjetivamente ainda não havia perpassado por tal fase.

O interessante em estar na estrada é viver sem rumo; o que importa não é o fim; não sei vai a lugar algum, apenas se vai. Talvez possa ser lido como uma colocação em ato de uma das grandes questões dessa fase: como ainda não sabem para onde ir, o caminho se faz ao andar (Corso; Corso, 2018, p. 82).





Andantes! Caros colegas psicólogas, espero que de alguma forma tenha ecoado-lhes os gestos deste fazer clínico. Deixando-lhes deste breve relato de experiência possíveis vislumbramentos por andamentos profissionais da Psicologia Clínica, repensando os contextos do ato clínico.

Esta andança não é uma crítica aos consultórios, pelo contrário, esta andança é uma dança que se movimenta nas necessidades do paciente, onde o fazer da clínica se faz na ligação dos pontos que apresenta o paciente enquanto signos para a produção de narrativas na condução de seu tratamento, na pluralidade dos espaços de apropriação simbólica.

AUTORA*:



Deise Priscila Delagnolo

(CRP 12/25082)

Graduada em Psicologia na Universidade Regional de Blumenau – FURB. CRP 12/25082. Atua como Psicóloga Clínica e Responsável Técnica do SUS na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Balneário Piçarras/SC. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Educação PPGE-FURB. Assistente de editoração da Revista Atos de Pesquisa em Educação do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade citada. Pesquisadora da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

ddelagnolo@gmail.com

Referências

AMARANTE, Paulo. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial'. In: M. E. X. Kalil (org.). Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. São Paulo/Salvador, Hucitec, 1992.

CORSO, M.; CORSO, D. L. Adolescência em Cartaz: filmes e psicanálise para entendê-la. Porto alegre: Artmed, 2018.

DE MARSILLAC, Ana Lúcia Mandelli et al. Contribuições da psicanálise ao acompanhamento terapêutico: alguns apontamentos para a formação clínica do psicólogo. Psicologia em Revista, v. 24, n. 2, p. 559-576, 2018.

DOUVILLE, Oliver. Funções subjetivas dos lugares na adolescência. Revista da APPOA, n 23, p. 76-89, 2002.

GRUSKA, Viktor; DIMENSTEIN, Magda. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. Psicologia Clínica, v. 27, p. 101-122, 2015.

KLEIN, Thais; HERZOG, Regina. Inibição, sintoma e medo? Algumas notas sobre a Angst na psicanálise. Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental, v. 20, p. 686-704, 2017.

NÓVOA, António. Escolas e Professores. Proteger, transformar, valorizar. Salvador, SEC/IAT, 2022.

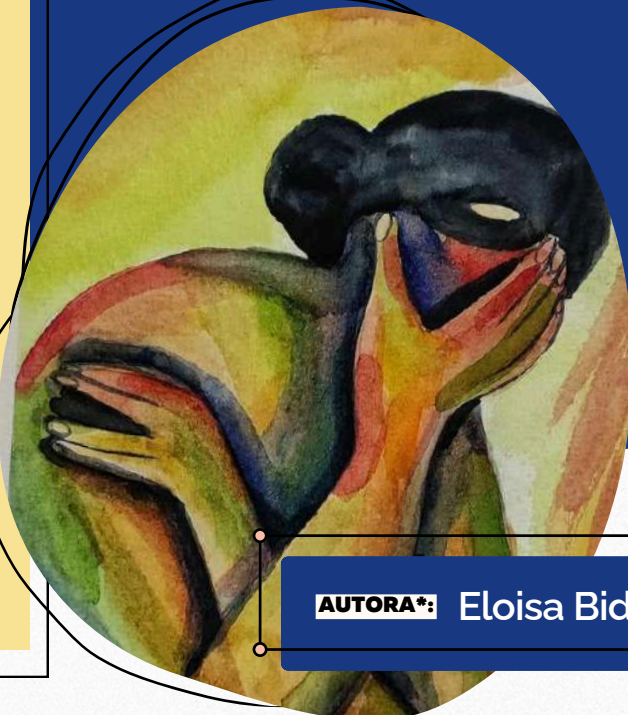
PALOMBINI, Analice de Lima. Vertigens de uma Psicanálise à céu aberto: a cidade – contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2007.

ROSA, Miriam Debieux et al. A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental, v. 12, p. 497-511, 2009.

VORCARO, Miriam Ângela Maria Rezende; VILELA, Aline Aguiar Mendes; REZENDE, Alice Oliveira. Tecendo a rede: a construção do caso clínico no atendimento institucional de jovens. Revista de Psicologia, n 9(1), p. 64-69, 2018.

As possibilidades de intervenção da Psicologia no enfrentamento da violência contra mulheres

um relato de experiência



AUTORA*: Eloisa Bido

“**Eu não sou livre enquanto alguma mulher não for, mesmo que as correntes dela forem muito diferentes das minhas**”

Audre Lorde

Ao receber o convite do CRP-12 para escrever sobre minha experiência no atendimento a mulheres em situação de violência, fiquei feliz por poder dialogar com a categoria sobre um tema emergente na profissão. Mas, ao mesmo tempo, fiquei preocupada com a situação atual do estado de Santa Catarina quanto aos altos índices de violência contra as mulheres.

Meu interesse pelos estudos de gênero surgiu a partir de projetos de iniciação científica que participei na graduação e isso se estendeu para o mestrado e outros projetos de pesquisa em que contribuí enquanto pesquisadora. Após a conclusão da graduação de Psicologia, atuei como psicóloga clínica e acompanhei o processo terapêutico de mulheres na compreensão, enfrentamento e ressignificação das violências vividas.

Hoje, inserida na Secretaria de Assistência Social, atuando com atendimentos psicossociais em um município do Extremo Oeste, dentre as muitas demandas de violação de direitos de crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência, trabalho no acolhimento de mulheres em situação de violência, sejam elas encaminhadas pelo judiciário, por outros setores da rede pública de atendimento ou por demanda espontânea.

Meu objetivo ao escrever este relato de experiência não é somente trazer reflexões sobre minha atuação enquanto psicóloga frente ao atendimento clínico de mulheres em situação de violência. Quero também discutir sobre a temática da violência contra a mulher, compreendendo-a como um fenômeno multidimensional, social, cultural e atemporal, em que as diferentes dimensões interagem entre si, agindo em um ciclo de violência.

Portanto, um problema social difícil de ser rompido. A partir desta perspectiva, gostaria de trazer um pouco da minha experiência com atendimentos clínicos e psicossociais, entrelaçando com os estudos de gênero e a proposta não somente de uma Psicologia feminista, mas também de uma abordagem de escuta feminista.

Compreendo que para o andamento deste escrito e reflexões é necessário um ponto de partida. Por isso, convido você a olhar a partir das lentes dos estudos de gênero¹, olhando o gênero, como bem elucidada Joan Scott (2019), como um elemento construtivo das relações sociais baseado nas diferenças entre os sexos, uma forma de significar as relações de poder, de designar papéis adequados a homens e mulheres. Isso porque, ao entender que as relações de gênero são produtos de relações de poder, começamos a refletir sobre uma questão social muito presente em nossa atuação enquanto psicóloga, que é a violência contra a mulher.

Falar sobre relações de gênero exige um complexo exercício de análise social. O gênero precisa ser analisado como uma categoria atravessada por outros marcadores identitários como orientação sexual, raça/etnia, geração, relações urbano-rurais, poder aquisitivo, capital cultural, escolaridade, dentre outros (Conselho Federal de Psicologia, 2013; Muszkat, 2011). Nesse sentido, os estudos pós-estruturalistas sobre gênero trazem importantes contribuições para que a violência de gênero não seja tratada apenas como um dado natural, atemporal, que ocorre por conta das diferenças de sexo, mas sim, como essa trama de aspectos.

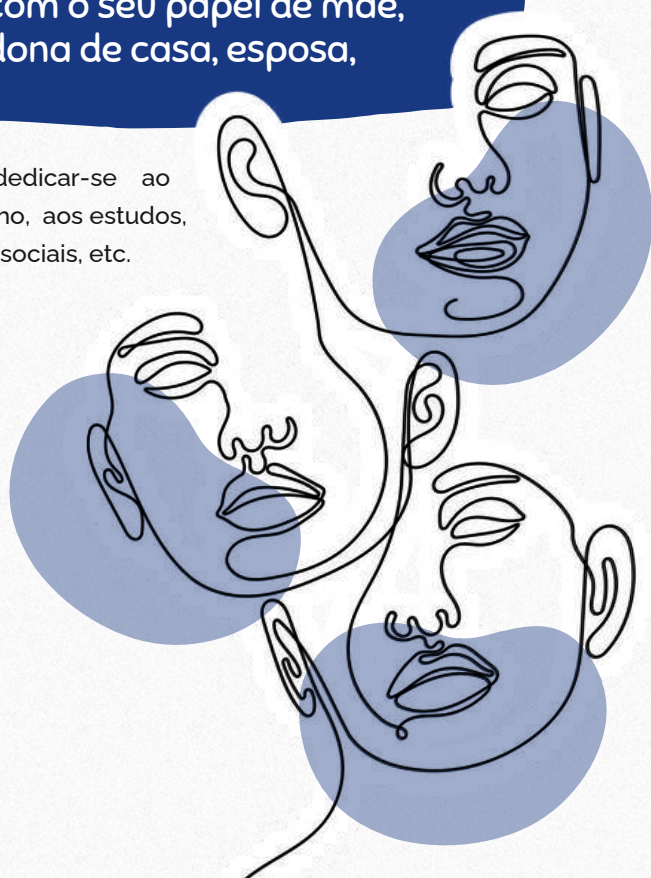
¹Termo utilizado nos estudos de gênero, significa olhar a partir da perspectiva das relações de gênero

Parafrazeando Lourdes Bandeira (2019), em meados das décadas de 1970 e 1980, os crimes de assassinatos de mulheres cometidos pelos namorados, maridos ou companheiros eram justificados com o argumento de crimes da legítima defesa da honra, ou seja, a justificativa do feminicídio seria para proteger a honra daquele que cometia tal crime. Estes crimes ocorridos, que ganhavam mídia por envolverem pessoas de classe média e alta, culminaram na mobilização da militância feminista, que passou a demandar políticas públicas de combate à violência contra as mulheres.

Concordo, então, com a colocação de Bandeira (2019), pois, se analisarmos os anos que se passaram,

não houve mudanças significativas em relação às razões que continuaram a justificar formalmente a persistência da violência de gênero, centrando-se ainda na argumentação de que a mulher não está cumprindo com o seu papel de mãe, dona de casa, esposa,

por dedicar-se ao trabalho, aos estudos, redes sociais, etc.

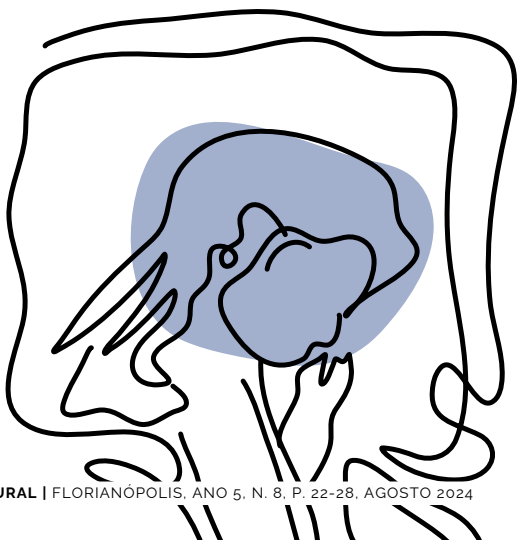


Em sua trajetória de inúmeras pesquisas no campo da violência contra a mulher, Lourdes Bandeira (2019) aponta também que os estudos feministas sobre a violência de gênero consideram o patriarcado um dos pilares da violência contra a mulher.

A ideia de mulher vítima de violência foi substituída pela de mulher em situação de violência. Essa transformação deve-se às lutas travadas ao longo dos anos pelo movimento de mulheres e também por estudiosos do tema. A explicitação de que a situação de violência pode ser rompida não implica necessariamente em condição de subalternidade, presente no conceito de vítima (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

Bandeira e Martins (2020) colocam que algumas características constituem os fundamentos da violência contra as mulheres, pois se manifesta de uma relação de poder, de papéis de dominação do homem e submissão da mulher, dos papéis sociais assimétricos impostos a homens e mulheres, reforçados por uma ideologia patriarcal. Além disso, a violência de gênero vai muito além da relação pessoal ou afetiva entre homem e mulher. Ela está presente também nas instituições, nas estruturas, nas práticas cotidianas, nos rituais, no próprio imaginário e inconsciente de cada pessoa.

Heleieth Safiotti (2011) argumenta que a violência contra a mulher é como uma forma de ruptura com qualquer forma de integridade da vítima: física, psíquica, sexual, moral. Bandeira e Martins (2020) complementam que compreender o patriarcado como um elemento estrutural da realidade permite entender que a violência não se trata de uma prática masculina, mas de uma estrutura de hierarquias que fomenta essa prática.



O espaço da violência não é um espaço físico, pois ela não acontece somente ou isoladamente por questões de renda, escolaridade, localidade – embora esses fatores tenham forte influência. Ela ocorre em um campo simbólico, atingindo todas as classes, culturas, escolaridades e localidades.

É importante lembrar que ainda que sejam poucos os casos, a violência contra a mulher não ocorre somente nas relações conjugais, hetero/cis normativas, embora sejam estas as mais notificadas.

Sendo assim, quando Bandeira e Martins (2020) falam sobre campo simbólico, faço relação com a minha experiência enquanto psicóloga, pois neste percurso compreendi que a mulher em situação de violência não tem um rosto, não tem um estilo de vida em específico, não tem uma classe social específica, tampouco cor de pele ou quaisquer outros marcadores sociais. Isso porque, qualquer mulher está sujeita a ser vítima de violência, mas é importante considerar também que alguns tipos de violência ocorrem com maior intensidade em alguns destes marcadores sociais.

Além disso, o que eu tenho observado em situações de violência contra a mulher em que o agressor é o esposo, companheiro ou namorado, geralmente os filhos da vítima e/ou do agressor (quando residem juntos) acompanham e presenciam os momentos de violência, de opressão que é praticada contra a mulher e passam a reproduzir ou normalizar comportamentos em suas relações interpessoais.



Em muitos casos, as mulheres que buscam atendimento têm a expectativa de que os agressores mudem, que não sejam mais violentos, que a relação entre ambos será diferente.

No acolhimento e acompanhamento da mulher em situação de violência, o rompimento do ciclo da violência, por exemplo, também induz à necessidade de ressignificação dos processos de humilhação perpetuados. Para muitas mulheres, os mitos que envolvem a família, o casamento e a maternidade serão ameaçados caso a separação do agente de agressão (no caso, o companheiro) ocorra.

São muitas as nuances e situações vivenciadas por mulheres em situação de violência e o ciclo fica ainda mais difícil de ser rompido quando ainda existem dificuldades a serem superadas. Vejamos alguns exemplos. As mulheres idosas que por décadas sofreram agressões e decidem denunciar, buscar ajuda e apoio acabam não recebendo suporte dos filhos e outros familiares. Nesses casos, é bem comum ouvirmos "depois de tantos anos, ela resolveu que quer separar?". As mulheres adolescentes e jovens que não se percebem em relacionamentos abusivos e violentos e se afastaram da sua rede de apoio.

As mulheres de diferentes níveis de formação que, mesmo compreendendo quais são os tipos de violência, não conseguem se enxergar dentro delas. Mulheres que sofrem violência praticada por esposo, namorado, companheiro, irmão, pai e outros familiares. Mulheres que vêm até o consultório em busca de psicoterapia e no decorrer do processo percebem que vivenciam/vivenciaram situações de violência. São tantas as particularidades que é difícil relatar um único perfil, da mesma forma, é impossível prescrever uma receita para um atendimento de sucesso, de superação e ressignificação.

Porém, são poucos os homens que se percebem violentos e estão dispostos a ressignificar suas vivências, experiências e relacionamentos. São poucos, mas existem. Atender, acompanhar e dar todo suporte necessário às vítimas é de suma importância e compreendo que os autores, além da responsabilização, precisam de atendimento e acompanhamento.

Como um fenômeno complexo e multifacetado, a violência contra a mulher exige uma compreensão e intervenção multidisciplinares e, conforme o Conselho Federal de Psicologia (2013), "nenhum serviço isoladamente provê justificativas para as questões envolvidas nessa problemática."

Como bem sabemos, a violência contra as mulheres é um dos fenômenos de grande impacto no âmbito da saúde pública, porque causa danos físicos, sociais, familiares e psicológicos às vítimas. O acolhimento psicológico às mulheres em situação de violência tem o objetivo de auxiliá-las a superar a situação de violência e para tanto, é necessário postura ética e profissional durante a intervenção.

Conforme minha experiência clínica, pude perceber que muitas mulheres ao buscarem atendimento psicológico diante de uma situação de ameaça ou agressão, ou até mesmo ao registrarem boletim de ocorrência, não desejam punir o agressor, mas na verdade, querem resgatar a harmonia e a convivência familiar. E muitas delas têm esperança de que o cônjuge ou companheiro/a assuma uma postura de mudança.

Por isso, penso que a profissional psicóloga precisa estar preparada para compreender o ciclo da violência, de estar com a mulher nas decisões que ela tomar, sempre considerando não romantizar situações de violência.

Muitos são os questionamentos, especialmente de estudiosos e profissionais, sobre as razões que levam a mulher a permanecer em uma relação violenta e são muitos fatores entrelaçados e interligados. É muito comum nos depararmos com casos em que a mulher acaba sendo coagida pelo próprio autor de violência a não tomar atitude nenhuma. E diante dessas situações, é bem comum ouvirmos do senso comum frases como “mulher gosta de apanhar”, “ela que provocou” ou, “ela mereceu”, colocando a mulher como culpada da violência.

Por se tratar geralmente de relações afetivas, há um misto de sentimentos envolvidos nesta relação violenta. A mulher em situação de violência tem receio de:

- a) perder o provimento financeiro (visto que muitas relações conjugais a mulher não tem independência financeira);
- b) perder a guarda dos filhos;
- c) não ter direito a nada na divisão dos bens;
- d) não quer que o agressor seja preso;
- e) e, em muitos casos, acabam justificando a violência com argumentos de ciúme, proteção, irritação, estresse, uso de bebidas alcoólicas ou entorpecentes, etc.

Por isso, a decisão da denúncia só vem quando a situação chega ao extremo e passa a oferecer riscos para os filhos e para as pessoas que convivem com o casal, ou até mesmo, ameaça de morte (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

Compreendendo a complexidade da violência contra a mulher, a Lei Maria da Penha prevê no artigo 22 o “acompanhamento psicossocial do agressor, por meio de atendimento individual e/ou em grupo de apoio”.

Embora esteja previsto em Lei, a grande maioria dos municípios de Santa Catarina, geralmente os de pequeno porte, não possui ferramentas, equipamentos, equipes e programas de atendimento aos homens autores de violência.

Isso significa, que a rede de atendimento e proteção às mulheres em situação de violência tem o que chamamos de “furo”² e que está longe de ser o ideal. Em decorrência disso, as chances de reincidência da violência são muito altas.

Ao analisar a minha atuação como psicóloga, concordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013), de que a problemática da violência contra a mulher exige da Psicologia repensar algumas práticas e modelos de intervenção tradicionais, especialmente os modelos clínicos voltados para o intersíquico.

Nesse sentido, a partir da minha experiência como psicóloga clínica e da Política Pública de Assistência Social, vejo que o fortalecimento da mulher em situação de violência tem muitas possibilidades, ressignificações, respeito e acolhimento na prática clínica, mas somente este pilar de apoio muitas vezes não é o suficiente para a superação da violência vivida.

²Um “furo na rede de atendimento e proteção” pode ser compreendido como “faltar alguma coisa”, “que não está completo”, que não está totalmente coberto.

O trabalho em rede é essencial. E para isso, é importante que a rede não seja composta somente por agentes do setor público, mas do setor privado também. O atendimento à mulher em situação de violência requer discussões a respeito das contextualizações das novas demandas sociais, que exigem da Psicologia uma ampliação de suas práticas e novos campos de atuação.

Uma abordagem clínica bem sucedida, independente de sua abordagem teórica, se interessa não somente pelo fator violência, mas também pela pessoa e sua integralidade, considerando sua totalidade e todas as suas necessidades. O trabalho clínico e psicossocial com uma mulher em situação de violência envolve ressignificar, compreender e fortalecer a subjetividade, as experiências e história de uma vida inteira. Isso implica também na postura ética do psicólogo e dos demais profissionais de uma equipe multidisciplinar de respeitar quando uma mulher em situação de violência prefere ser atendida por uma psicóloga³, médica, enfermeira, e demais especialidades das equipes técnicas. Ressalto que não é regra, mas geralmente, quando acolhemos uma mulher em situação de violência, espontaneamente ela solicita por atendimento de equipe composta por mulheres.

Por fim, percebo que não basta que a profissional psicóloga tenha somente o conhecimento dos estudos de gênero, é necessário que a escuta seja ativa e feminista, identificando e intervindo às nuances de gênero, raça, classe, cultura. Precisam estar dispostas a ouvir e visualizar o histórico destas mulheres, sujeitas, com a perspectiva feminista e possibilitar que a mulher saia de seu papel de vítima para se tornar uma agente de manipulação nesse processo.

É importante destacar o compromisso social das psicólogas com a defesa dos direitos humanos no sentido de desconstruir a ideia da suposta inferioridade das mulheres. Nesse sentido, vislumbro a importância de nós, enquanto profissionais, conhecermos e nos apropriarmos dos estudos de gênero, do movimento feminista, etc., para que nossa atuação seja eficaz, emancipadora e que proporcione a superação e ressignificação da história de vida de cada mulher em situação de violência que passar por nós.

A escuta feminista não é uma tarefa simples. É necessário que a psicóloga esteja disposta a se despir de todos os julgamentos e pré-julgamentos construídos ao longo da vida, do senso comum, da reprodução de falas machistas, provendo um espaço seguro de escuta qualificada, percebendo as nuances e as entrelinhas da história singular de cada mulher.

³É delicado falar no assunto, pois compreendo que psicólogas e psicólogos têm a mesma capacidade técnica de acolhimento. No entanto, diante de minha atuação na política de assistência social, geralmente a solicitação que as mulheres fazem quando as encaminhamos ao setor público de saúde ou assistência social é de serem atendidas por uma profissional mulher.



AUTORA*:



Eloisa Bido

(CRP 12/19687)

Graduada em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Mestra em Educação, pelo Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. Integra a Linha de Pesquisa Educação, Políticas Públicas e Cidadania (GEPPEC) e participa dos projetos de pesquisa “Educação, direitos humanos e políticas de gênero” e “Mecanismos institucionais para a defesa dos direitos das mulheres em universidades brasileiras: contribuições para a superação de desigualdades e violências” coordenados pela professora Dr.^a Neiva Furlin. Atualmente atua como psicóloga na Assistência Social de Iporã do Oeste-SC.

As ilustrações (pinturas) apresentadas neste artigo são da autora.

Referências

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico de investigação. In: HOLANDA, Heloisa Buarque de (org.). Pensamento feminista: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo. 2019. p. 293-314.

BANDEIRA, Lourdes Maria; MARTINS, Ana Paula Antunes. Violências nominadas pelo crime de feminicídio: notas para o aprimoramento das políticas públicas de prevenção no Brasil. In: MIGUEL, Luis Felipe; BALLESTRIN, Luciana (org). Teoria e política feministas: contribuições ao debate sobre gênero no Brasil. Porto Alegre: Editora Zuko. 2020. p. 197-219.

BRASIL. Lei Maria da Penha: Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14550.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.550%2C%20DE%2019,excluem%20a%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20da%20Lei. Acesso em: 20 abr. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de violência. Brasília: CFP, 2013.

MUSZKAT, Suzana. Violência e masculinidade. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.

SAFIOTTI, Heleieth. Gênero, patriarcado e violência. São Paulo: Editora Perseu Abramo, coleção Brasil Urgente, 2. ed., 2011.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: HOLANDA, Heloisa Buarque de (org.). Pensamento feminista: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo. 2019. p. 49-82.

Medicalização infantil: quando questões sociais são individualizadas

AUTORAS*: Greici Will Coelho
Isabella Goulart Bittencourt

“Que o mundo é sortido
Toda vida soube
Quantas vezes
Quantos versos de mim minh'alma houve
Árvore, tronco, maré, tufão, capim,
madrugada, aurora, Sol a pino e poente
Tudo carrega seus tons, seu carmim
O vício, o hábito, o monge
O que dentro de nós se esconde
O amor, o amor, o amor
A gente é que é pequeno
E a estrelinha é que é grande
Só que ela tá bem longe
Sei quase nada meu senhor
Só que sou pétala, espinho, flor
Só que sou fogo, cheiro, tato, plateia e ator
Água, terra, calmaria e fervor
Sou homem, mulher
Igual e diferente de fato
Sou mamífero, sortido, sortido, mutante,
colorido, surpreendente, medroso e
estupefato
Sou ser humano, sou inexato”

De toda cor, Canção de Renato Luciano

Inaugurar esse texto com as palavras da canção afirma nosso convite para que possamos olhar para as multiplicidades que somos enquanto seres existentes no mundo – permeados por tantos contextos e relações. Os múltiplos que somos contam também do tempo histórico em que vivemos e do período do desenvolvimento em que nos encontramos. Se somos plurais, o que justificaria um projeto social e político de homogeneização da diversidade humana, instaurado a partir de normas que definem o que é adequado em termos comportamentais e no que se refere a modos de ser, de viver, de sentir e de **aprender?**¹

Desde antes do nascimento, há expectativas sociais sobre os nossos corpos; projeções diversas que atravessam nossas formas de ser e estar no mundo e que, de modos concretos e simbólicos, determinam o que necessitamos e podemos realizar a cada momento do ciclo vital. Estes movimentos são formalmente nomeados de “fases do desenvolvimento humano” e correspondem ao que seria esperado, desejado, adequado em cada período cronológico, biológico, social e emocional.

¹Pergunta inspirada no texto de Beltrame, Gesser e Souza (2019), acerca dos diálogos sobre medicalização da infância e educação.



Parte do que se pode esperar, em termos de necessidades infantis, é composta por comportamentos que geram “desacomodação” na lógica do mundo adulto. Por estarem ainda se apropriando de seus corpos e do mundo que lhes cerca, as crianças com frequência transitam pela vida num tempo outro, que não se estabelece ainda pelos afazeres de quem está sempre atrasado, “correndo contra o tempo”, como muito se costuma dizer.

Elas estão atentas às minúcias, curiosas, ativas, demandam suporte, cuidado, presença e proteção. Por desconhecimento ou falta de habilidade com as linguagens formais, comunicam-se com seus corpos. Seus pedidos nos chegam por meio de seus comportamentos, “comportamentos indesejados” que, inúmeras vezes, são lidos e interpretados como “comportamentos desajustados”, visto que não seguem o “esperado” e “desejado” pelos adultos.

Num contexto em que tantas certezas têm se mostrado motivos de sofrimento, compartilhamos aqui alguns de nossos questionamentos.

Seriam as crianças detentoras de “comportamentos desajustados”, ou seriam as exigências contemporâneas e suas expectativas (sociais, históricas, contextuais e culturais) a lente sob a qual se enxergam os comportamentos que os tornam “disfuncionais”?



Se, por um lado, os marcadores de desenvolvimento podem nos auxiliar no processo de acompanhamento e cuidado por oferecer parâmetros para intervenções de estimulação precoce e de orientações para relações saudáveis; podem, por outro, apresentarem-se de modo a aprisionar as possibilidades, limitando-as dentro de processos de patologização da vida, na qual condutas habituais do comportamento humano, em especial o comportamento infantil, são compreendidas como sintomas de doenças psíquicas, desajustes comportamentais e emocionais.

A fim de resgatar e discutir os aspectos históricos, sociais e culturais fundamentais acerca do viés que compreende o desenvolvimento humano numa perspectiva etapista, utilizamos, como disparador, o argumento de Sameroff (2010):

A atenção dos filósofos e, posteriormente, dos cientistas ao desenvolvimento humano sempre começou com a preocupação de que as crianças crescessem e se tornassem bons cidadãos que contribuíssem para a sociedade por meio de trabalho diligente, vida familiar moral, obediência civil e, mais recentemente, que fossem felizes ao fazer essas contribuições. A motivação para essas preocupações era o fato de que havia muitos adultos que não eram assim. Embora tenha sido dada atenção à socialização e à educação das crianças, o objetivo final era melhorar o desempenho dos adultos (p. 6, tradução livre).



Nesta lógica, o objetivo da vida da criança é ser adulta. Ela é compreendida como um vir a ser e não como um ser humano que já é alguém. Ainda que todas as pessoas sigam, em alguma medida, desenvolvendo-se ao longo da vida, na perspectiva adultocêntrica, a infância e a adolescência se apresentam apenas como preparação, caminho, para então se tornar alguém!

Faz-se necessário, neste ponto, resgatar da sabedoria popular a ideia de aproveitar o caminho. Lembrar que a infância se trata de um período importante da vida das pessoas; um percurso de experiências que nos acompanha ao longo de toda jornada de nossa existência, mas que, neste tempo, já somos quem podemos ser. Assim, propomos rePensar o modelo de infância e nossas concepções do que é Ser criança para que as intervenções que se apresentam como propostas de cuidado visem ao bem-estar deste indivíduo, e não apenas sua adaptação no sistema de produtividade para quando se tornar adulto.

Uma leitura crítica e atenta para compreender a diferença entre comportamentos “esperados” para cada fase do desenvolvimento e os comportamentos “inadequados” é necessária para o pleno acompanhamento de crianças e adolescentes.

Quando falamos em comportamentos esperados propomos uma leitura dos fenômenos que se apresentam e que deve ser sempre contextualizada, considerando-se os diversos marcadores das diferenças, não apenas etário, mas relativos ao tempo histórico, à raça, à etnia, ao gênero, à classe socioeconômica e ao território. Deste modo, torna-se evidente que os comportamentos “inadequados” pressupõem a dificuldade de adaptar-se a determinada situação ou característica.

Pensando nesses termos, se há comportamentos “inadequados” e “indesejados”, há uma prerrogativa de quem não os deseje. Assim, precisamos colocar outros sujeitos e sistemas na equação.

Se o “objetivo final” das leituras e estudos acerca do desenvolvimento humano está relacionado a melhorar o desempenho dos adultos, isso diz de um sistema econômico que visa à produtividade, ao lucro e à acumulação de riquezas. Logo, há uma sociedade estruturada no e pelo capitalismo, a qual demanda uma série de comportamentos para mantê-la. “Ser” inadequado, nesse sentido, só existe em oposição a uma lógica.

Assim, comportamentos “inadequados” e “indesejados” poderiam denunciar sofrimentos e diferenças inerentes à vida e à existência humana nas condições da sociedade contemporânea e não doenças psíquicas que carecem de tratamento e cura. Porém, de quantos “comportamentos indesejados” se faz um critério diagnóstico? Nesse sentido, “o diagnóstico psiquiátrico consiste em ver algo que existe, mas com um padrão moldado pelo que esperamos ver” (Frances, 2017, p. 49).

Pode ser plausível, em uma perspectiva que transforma condutas que desviam a uma norma em doenças que precisam ser tratadas e em sintomas, pensar em dominar comportamentos e sentimentos que não são desejados, de forma a aprisioná-los, extingui-los ou bloqueá-los. Nesse sentido, o uso de medicamentos corresponde a uma terapêutica mais rápida e eficaz na eliminação de comportamentos, aumentando, inclusive, a produtividade - o que se torna útil para a sociedade (mais do que para a própria criança). Assim, as crianças são inseridas num sistema que as torna potenciais consumidoras de medicamentos.

Além disso, a medicalização dos problemas enfrentados no processo de escolarização, por exemplo, desloca a responsabilidade para a criança e terceiriza as demandas produzidas no contexto escolar para outras áreas, visando à adequação dos comportamentos e sentimentos.

À vista disso, há uma apropriação das infâncias pelos saberes biomédicos, apoiados e financiados pelas indústrias farmacêuticas a fim de identificar e tratar transtornos mentais.

Reconhecemos que existem condições específicas em que pessoas que se beneficiam com o uso de medicamentos, pois existem muitos avanços nas diversas áreas da medicina e farmacologia com contribuições indiscutivelmente importantes. Contudo, o que gostaríamos de pensar é a medida da necessidade das crianças e do equilíbrio, visto que as consequências do uso de medicamentos não se limitam às desejadas, fazendo-se necessário considerar os efeitos colaterais a curto, médio e longo prazo.

Precisamos, enquanto profissionais da área da Psicologia, refletir sobre as condições objetivas, subjetivas e sociais que colocam o Brasil entre os países com maior consumo de medicação para o tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH, por exemplo (Moysés; Collares, 2010). Além do crescimento do uso de metilfenidato para TDAH (Beltrame; Gesser; Souza, 2019), podemos considerar também o aumento significativo do consumo de psicofármacos durante a pandemia de COVID-19, sobretudo antidepressivos e ansiolíticos, em diversas localidades brasileiras (Barros; Silva, 2023).

Se a pandemia, com suas especificidades, foi um período de ampla vulnerabilidade, que expandiu e agravou questões psicossociais, seriam os fármacos, cujos princípios ativos geram alterações fisiológicas ou bioquímicas, as melhores respostas às possíveis questões coletivas?

A partir desses dados, podemos refletir sobre o uso indiscriminado e por vezes exclusivo da medicação como tratamento, reiterando a lógica de pensamento que individualiza problemas e desafios sociais. No caso das crianças, outras abordagens e tratamentos não medicamentosos nos implicam enquanto adultos a rever nossas escolhas, rotinas e prioridades. Ao propor a desmedicalização da vida e sobretudo das infâncias, nos questionamos se teriam, os adultos responsáveis por crianças, tempo para acompanhá-las em uma sociedade cujo objetivo é o desempenho e a produtividade. Teriam eles disposição para as demandas infantis em uma sociedade que (re)produz o **cansaço?**²

Compreendemos que, em muitos aspectos, as famílias destas crianças que acabam **marginalizadas?**³ buscam nos diagnósticos não apenas a perspectiva de tratamento, mas de pertencimento. As redes de apoio que se constroem em grupos de pessoas que compartilham das mesmas dificuldades surgem como espaço de legitimação desta existência subjugada. Mas e quando este pertencimento aprisiona as possibilidades? Quando ele limita os indivíduos aos contornos demarcados pela condição diagnóstica?

²Sugerimos, para ampliar a reflexão acerca de uma sociedade do desempenho e do cansaço, a leitura do livro "Sociedade do Cansaço", de Byung-Chul Han.

³Utilizamos o termo marginalizadas neste contexto para demarcar a posição social das crianças que se encontram excluídas nas relações sociais por seus "comportamentos inadequados", por suas estereótipias.





A medicalização da vida e da infância coloca a medicação como central na tratativa das dificuldades; em muitos casos, como a única possibilidade. O que defendemos é que, quando necessário, este seja um dos recursos.

No entanto, compreendemos que sem outras abordagens terapêuticas de apoio e cuidado, as crianças não irão desenvolver repertório comportamental, emocional e social para lidar com os desafios do seu desenvolvimento. Diante de comportamentos de impulsividade, característicos da imaturidade cerebral e social, precisaremos construir limites seguros, nas relações, para que elas lidem com as emoções, para que possam reconhecê-las, nomeá-las e, então, manejá-las, amadurecendo seu autossuporte.

Nossa preocupação com os movimentos de patologização e medicalização das infâncias também se apresenta porque, nestes processos, comportamentos que podem ser considerados típicos são lidos dentro de um diagnóstico.

Nessa perspectiva, uma criança com laudos não está apenas diante de uma "crise" (esperada, considerando aspectos desenvolvimentais) que denuncia a falta de suporte interno; ela está sempre manifestando uma condição relacionada ao diagnóstico no qual foi inserida.

Na patologização, há uma desumanização da vida. Justificar ações por meio do diagnóstico recai na desresponsabilização dos comportamentos e pode gerar aprisionamento das possibilidades de ser, estar e de se desenvolver. Se

Se "comportamentos inadequados" são condições daquele indivíduo, fundamentados por uma patologia, o quanto os adultos se implicam na legitimação e modificação dos mesmos? Faz-se necessário "[...] superar o olhar individualizante, patologizante e preconceituoso que ainda se vê presente na escola em relação a dificuldades enfrentadas principalmente no processo de leitura e escrita" (Scarín; Souza, 2020, p. 7). As autoras propõem o que denominam de "prática crítica, consequentemente ética", na qual os profissionais da Psicologia resgatam seus compromissos ético-políticos com a ciência e com um saber fazer emancipatório. Precisamos, então, refletir sobre nossas práticas profissionais nos diversos contextos, em especial na escola, a fim de que não estejamos nestes territórios apenas reproduzindo lógicas biomédicas de compreensão dos fenômenos psicossociais.

Novamente, reiteramos que há especificidades e que estas precisam ser respeitadas e muito bem acompanhadas. Contudo, questionamos se a terapêutica medicamentosa dará conta de sustentar habilidades que precisam ser desenvolvidas. Podemos pensar que o medicamento, por si só, não criará as competências fundamentais para o enfrentamento dos desafios infantis cotidianos e, quando desnecessários, mascaram a necessidade de desenvolvê-las.

Assim, questionamos: qual a nossa concepção de saúde? Em especial, de saúde mental? O que é cuidado para além de encaminhar ao especialista e medicar? O que temos produzido enquanto

sociedade e, sobretudo, enquanto área da ciência para contribuir com o manejo destes comportamentos que causam transtornos aos *status quo*?

Será que seguimos na lógica de adaptação das crianças aos modelos sociais vigentes ou nos encorajamos a apoiar suas necessidades e reinventar nossos modos de nos relacionar pondo atenção às dificuldades de aprendizagem, físicas, emocionais, sociais e comportamentais?

O objetivo deste texto foi problematizar o excesso do uso de medicamentos como solução para aspectos comportamentais, emocionais e sociais que são característicos dos seres humanos. Tais questões se apresentam com ainda mais frequência nas crianças, como a hiperatividade, as distrações, a dificuldade para lidar com os limites e as frustrações. Gostaríamos que as crianças tivessem suas subjetividades respeitadas e pudessem ter acesso ao apoio necessário para o pleno desenvolvimento. Compreendemos que o tratamento adequado transcende a abordagem médica e medicamentosa. Também se faz urgente entender as necessidades das crianças e questionar as avaliações que priorizam os aspectos que lhes faltam, inviabilizando suas potencialidades.

Embora se destaque na literatura científica uma perspectiva crítica sobre a medicalização da vida e das infâncias, ainda são encontradas, na prática psicológica, intervenções que provocam e aumentam o sofrimento e a individualização de dificuldades relacionais e sociais, sobretudo quando se refere a impasses localizados no âmbito escolar (Beltrame; Gesser; Souza, 2019). Nesse sentido, a demanda social, em especial da comunidade escolar, tem sido de encaminhamentos e de pedidos de avaliação de crianças que desviam da norma a profissionais das áreas da saúde, especialmente Psiquiatria, Neurologia, Psicologia, NeuroPsicologia e Psicopedagogia. Demanda cada vez maior em um cenário que patologiza comportamentos e sentimentos e se retroalimenta.

Sem a pretensão de encerrar este debate que se faz cada vez mais necessário e urgente dentro da Psicologia, resgatamos que, historicamente, a nossa profissão advém do papel de categorização de comportamentos e, a partir disso, de segregação. Entretanto, desenvolvemo-nos enquanto ciência e caminhamos para além dos processos avaliativos na promoção e proteção da saúde mental. Cabe-nos, neste cenário que se diz contemporâneo, reavaliar e nos questionar: estamos diante de um retrocesso? Ou estamos a serviço de uma aplicação da Psicologia na manutenção do sistema, atendendo acriticamente as demandas de mercado? Seria esse um dos possíveis conflitos de interesses da Psicologia? Afinal, nossas categorizações e intervenções dos comportamentos infantis estão a serviço de que modos de existência?



AUTORAS*:



Greici Will Coelho (CRP 12/10649)

Gestalt-terapeuta, Educadora Parental, Mestranda em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina



Isabella Goulart Bittencourt
(CRP 12/15427)

Gestalt-terapeuta, Mestre e Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina

Referências

BARROS, J. C.; SILVA, S. N. Perfil de utilização de psicofármacos durante a pandemia de COVID-19 em Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 26, p. e230059, 2023.

BELTRAME, R. L.; GESSER, M.; SOUZA, S. V. Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura. *Psicologia em Estudo*, v. 24, p. e42566, 2019.

FRENCES, A. Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2017.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Org.) *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SAMEROFF, Arnold. A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child development*, v. 81, n. 1, p. 6-22, 2010.

SCARIN, A. C. C. F.; SOUZA, M. P. R. Medicalização e patologização da educação: desafios à Psicologia escolar e educacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 24, p. e214158, 2020.

Transcentrar a atuação Psi:

Relato de experiência com grupo para pessoas trans

AUTORES*: Ed Turra
Luiza de Barros Borini
Guilherme Trevisan Locatelli

Pessoas com identidade de gênero e sexualidades dissidentes estão sujeitas a diversos tipos de violência, que culminam em exclusão social e sofrimento psíquico, demandando um olhar de acolhimento específico (CREPOP, 2023). A população LGBTQIAP+ é historicamente marginalizada, sendo alvo de discriminação (Nascimento, 2021) de maneira estrutural, institucional e social. Um exemplo disso é sua exclusão do Censo — a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) — do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Desde cedo a pessoa *queer* experimenta esfacelamento da sua rede de apoio, pois aqueles no seu entorno, incluindo amigos e familiares, são cooptados a proteger normas de sexualidade e de gênero vigentes, intensificando o apagamento e patologização de suas existências (Preciado, 2020). Nesse sentido, o Núcleo de Apoio Trans (NAT) surge enquanto espaço de escuta qualificada e *transformação*.

Trabalhar diante da não conformidade a padrões de gênero e sexualidade demanda questionamento constante acerca de preceitos socialmente estabelecidos, dentre eles, a linguagem. Para a redação deste artigo, adotamos o termo “trans” para abarcar todas as identidades não cisgêneras, inclusive não binárias,

similarmente a Nascimento (2021), que utiliza o termo “trans” com essa abrangência em sua obra. O que pretendemos aqui é ampliar a comunicação, sem exaurir a discussão, pois consideramos danoso reduzir as identidades em uma categoria homogênea, entendendo que as variações e conceituações “[...] devem ser disputadas, negociadas, definidas e validadas entre as pessoas trans” (Nascimento, 2021, p. 107). A linguagem neutra também estará presente aqui, como um exercício de leitura, de escrita, de inclusão e como posicionamento político.

Percebemos¹ a partir da experiência na clínica privada a necessidade de um espaço coletivo para atender as demandas da população trans. Como um dos autores deste artigo é psicóloga trans, tendo, no seu público atendido, pessoas majoritariamente não cisgêneras, foi possível identificar no consultório a necessidade de formação de rede apoio e construção de relações transcenradas. Surge, então, a demanda da extrapolação desse espaço individual, com um ambiente permissivo de maneiras de existir dissidentes da norma, respeitando a autodeterminação do sujeito (CFP, 2018; Nascimento, 2021). A própria possibilidade dessa autonomia, e a validação da identidade trans, é um movimento que tensiona o que é estabelecido enquanto gênero (Nascimento, 2021).

¹Para a produção deste artigo, enquanto escrita coletiva em seu todo, optamos pelo uso da primeira pessoa do plural. Entretanto, vale ressaltar que, dentre escritores deste trabalho, apenas psicóloga Ed Turra participou da execução do NAT em 2023. A experiência na clínica privada, se refere, então, a esta psicóloga.

PROJETO



Dessa maneira, iniciamos a organização do projeto que viria a ser o NAT, um projeto de caráter social. Devido a forma que a demanda se apresenta na clínica, a proposta do grupo para pessoas trans apareceu como a necessidade de um Narcóticos Anônimos (NA) transexclusivo, como grupo de apoio, na perspectiva da Redução de Danos (RD), tipo de serviço inexistente em Florianópolis. Foram pensados encontros presenciais e semanais, a serem iniciados no segundo semestre de 2023, mediados por uma psicóloga e uma estagiária, com duração de cerca de uma hora e meia, que aconteceram em espaços alternados, cedidos ao grupo, dentro de suas possibilidades enquanto projeto gratuito. Originamos, assim, um espaço que pretende a promoção de saúde, como mecanismo de resistência contra violência e opressão (CFP, 2005), como também o fortalecimento tanto no âmbito individual, como coletivo (Nascimento, 2021).

Inicialmente denominado como Narcóticos Anônimos Trans, a estratégia de RD foi adotada para o grupo como ferramenta de enfrentamento a estigmas.

Buscávamos a partilha de vivências sobre o uso e abuso de substâncias e os atravessamentos de gênero neste tema, a fim de gerar reflexões coletivas, levando em conta as aproximações e contradições das singularidades trans (CREPOP, 2023).

Acompanhadas pela mediação, o diálogo foi a ferramenta para trabalhar as questões de saúde que atravessam o coletivo, deixando de lado julgamentos morais ou práticas criminalizadoras, de modo a auxiliar a busca por assistências médicas, por meio da responsabilização do uso de drogas (CREPOP, 2019).

A partir do segundo mês dos encontros, entretanto, o grupo passou a expressar uma mudança de demanda. Enquanto a estratégia de RD trazia foco no uso e abuso de substâncias, tirando a questão trans da centralidade, havia um movimento de rede de apoio e espaço de escuta que se formava em direção às temáticas LGBTQIAP+ no âmago do coletivo. Levando em conta a responsabilidade social de psicólogues (CFP, 2005), as predeterminações sobre o funcionamento do Núcleo foram revisitadas, para que os encontros pudessem continuar de maneira benéfica ao grupo atendido, sem perder de vista aquilo que era previsto na sua proposta inicial (Afonso, 2007). Baseando-nos nessa evolução, saímos do formato de grupo de apoio para a proposição do grupo reflexivo, tendo por base os processos reflexivos propostos por Andersen (2002).

Destarte, encetamos uma mudança metodológica e organizacional, fundada de maneira crítica, levando em conta os anseios dos participantes, assim como o contexto que se apresentou. Visto que o grupo ansiava por compartilhar suas vivências enquanto corpos trans, em uma sociedade que os define para além da normalidade (Rocon, 2021), uma proposta de processos reflexivos foi adotada, intercalando as posições de fala e escuta dos participantes, com uma horizontalidade de saberes (Andersen, 2002). Assim, a posição reflexiva entrou como ferramenta,

Assim, a posição reflexiva entrou como ferramenta “[...] construindo uma narrativa mais libertadora e novos significados sobre a construção de possibilidades ampliadoras de sentido” (Labs; Grandesso, 2017, p. 281).

Uma vez que firmamos uma nova maneira de atuação, o Núcleo de Apoio Trans passa a existir sob esta nomeação, com um modo de proceder adaptado às necessidades previamente descritas. Similarmente ao funcionamento inicial, o grupo seguiu com uma psicóloga mediadora, responsável pela abertura dos encontros, que iniciava com a apresentação de todes presentes, visto que o grupo era aberto, e poderia ter novas participantes no seguir das semanas. Neste primeiro momento, era solicitado o nome e pronome àqueles presentes, sendo sempre ressaltada a importância do respeito a estes, para reafirmar o NAT como espaço de enfrentamento às violências, presentes desde a negação do sujeito em sua possibilidade de autodeterminação. A seguir, eram elencadas possíveis temáticas, trazidas tanto por participantes, quanto mediadora e estagiária, que atuava também como mediadora. A partir do tema escolhido pela maioria, o debate aprofundado era realizado. Por fim, os encontros eram finalizados com encaminhamentos feitos pela psicóloga responsável, geralmente seguido por um momento de socialização em um café coletivo.

No decorrer dos primeiros meses de encontros, alguns temas foram centrais nas reflexões, partindo sempre do desejo dos participantes. Com mediação por parte da equipe, tivemos discussões como a relação entre transição e família: como o processo de transição afetou relações familiares e estratégias para construir redes de apoio; infância e adolescência *queer*: como se dá o crescimento de criança dissidente de gênero, processo de não identificar-se cisgênero e como isso ressoou na história de cada uma, dentro de sua subjetividade; violência e acesso a lazer: o não uso de espaços públicos como praias, shoppings, inclusive espaços inicialmente voltados ao público LGBTQIAP+, que acabam reproduzindo preconceitos, e as consequências dessa negação de vivência na saúde mental; autocuidado e estratégias de promoção de saúde: como construir coletivamente formas de cuidar de si numa

sociedade cisheteronormativa, e quais espaços são possíveis para promover crescimento e cuidado pessoal.

Compreendemos, a partir das rodas, que apesar de uma delimitação para dar início às reflexões, os temas nunca se continham em si mesmos, construindo uma “colcha de retalhos”, onde experiências singulares encontram ressonância em um grupo plural.

No ano de 2024, houve a ampliação da equipe, que antes possuía dois integrantes fixos, passa a ter cinco pessoas, o que possibilitou a condução das dinâmicas por mediadora e comediadora e a intervenção reflexiva por encaminhadora e observadores. Assim, mantivemos a proposta basilar dos processos reflexivos, qual seja, a troca de posições entre o falar e escutar, possibilitando o compartilhamento e obtenção de novas descrições e explicações (Andersen, 2002), contribuindo para transformar significados e ampliar as possibilidades dos participantes para lidarem com a sua vida e dificuldades (Labs e Grandesso, 2017).



O grupo se confirmou enquanto espaço potente, a partir de trocas de experiências, atingindo um caráter psicoterápico (CREPOP, 2023; Nascimento, 2021). No desenrolar de cada encontro, a reflexão serviu para compartilhamento de ferramentas de enfrentamento e resistência dentro de uma sociedade cisheteronormativa. Outrossim, pela fala e elaboração no contato com a experiência umas das outras, um senso de empatia foi formado, e participantes construíram redes de afetos fortalecedoras. Ao encontro de Afonso (2007, p. 56):



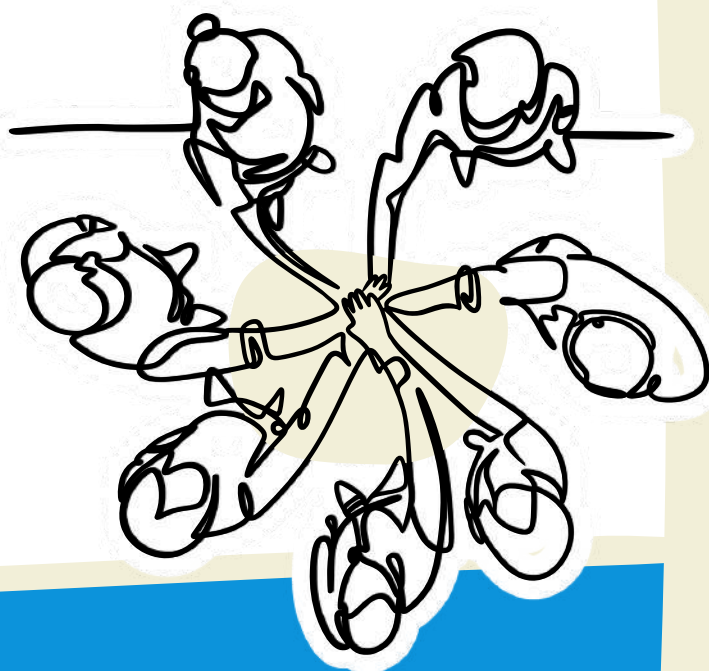
Existe, assim, uma importante conexão entre estabelecer vínculos, comunicar e elaborar a experiência no campo grupal. A elaboração não é diretamente sobre a experiência, mas sobre a narrativa que se faz desta em um processo de comunicação, e em uma rede de vínculos e transferências.

Ressaltamos, aqui, a fragilidade nas redes de apoio da população trans, resultado da opressão sistemática imposta socialmente (Nascimento, 2021; Rocon, 2021).

Realizar um projeto social no formato de grupo apresenta diversos desafios, como uma adesão elitizada, mesmo com a gratuidade garantida. Para a divulgação dos encontros, o canal de comunicação principal se deu via redes sociais, se estendendo em convites entre pares. Por conseguinte, apresentou-se um atravessamento de classe e raça que foi visto no público, com participantes, em sua maioria, de classe média e de etnia branca. Logo, buscamos estratégias para firmar a diversificação do grupo e caráter social do espaço, com a finalidade da pluralidade de perspectivas. Dessa forma, houve um alinhamento dentro da rede, sobretudo com aparatos tanto do serviço público de atenção à saúde, quanto do terceiro setor, de pessoas trans, que possibilitou, no segundo semestre de funcionamento, o início da adesão de vivências múltiplas no grupo.

Outro desafio notado com o andar do grupo foi o caráter voluntário para psicólogues e estagiáres que trabalham na realização do mesmo. Semanalmente, em 2023, ocorriam encontros semanais do NAT, e sua organização era feita de maneira espontânea, a partir da prática prévia àquelus responsáveis pela organização. Em 2024, os encontros abertos se dão quinzenalmente, com reuniões de equipe semanais, além de demandas, por exemplo, de materiais, custeadas pela própria equipe, e providenciadas em horários para além das reuniões. A fim de suprir as necessidades apresentadas, a falta de vínculo empregatício, remuneração, e até mesmo ajuda de custos para materiais, percebemos dificuldade em garantir a existência do grupo a longo prazo, com a possibilidade de evasão dos profissionais de volta para o mercado de trabalho tradicional.

Há de se implicar na construção de políticas públicas para formação de espaços transexclusivos, tendo em vista a potência desses encontros; o terceiro setor, entretanto, deve ter a liberdade de funcionar, sem boicote do Estado.



Ao longo desses dois semestres de trabalho, pudemos reafirmar o NAT enquanto um espaço respeitoso à autodeterminação, corroborando maneiras de ser dissidentes da norma, revelando-se viabilizador de redes de apoio. Por meio do relato de participantes, notamos um movimento de formação rede transcetrada entre integrantes, fundado em espaços para além dos encontros, com um senso de coletividade e cuidado. Ademais, o grupo passou a se autorregular, ao desnaturalizar pressupostos de como um corpo deve se portar, superando performances de gênero binárias e

tensionando outras formas de existir no coletivo (Nascimento, 2021). Há um senso de autonomia, onde emergem novos significados e possibilidades de lidar com adversidades, resultantes de violências estruturais, decorrentes de processos reflexivos (Labs; Grandesso, 2017). Por fim, ratificamos a necessidade do incentivo, do fortalecimento e da criação de espaços transcetrados, que permitam o compartilhamento e ressignificação de experiências, ampliando redes e potencializando o coletivo.



Referências

AUTORES*:



Ed Turra (CRP 12/17804)

Psicólogo, graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atua na Psicologia Clínica, tendo temáticas da comunidade LGBTQIAP+ como centrais. Possui atuação em área social por meio de projetos tais quais Psicologia na Quebrada e NAT (Núcleo de Apoio Trans).



Luiza de Barros Borini

Graduanda em Psicologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). É formada em Artes Visuais pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Ao longo da graduação, fez acompanhamento psicossocial em espaços de apoio a comunidade.*

luizaborini@hotmail.com



Guilherme Trevisan Locatelli

Graduando em Psicologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina. É formado em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina. Cursando formação em Terapia Cognitivo-Comportamental.

locatelli.gt@gmail.com

AFONSO, Maria Lúcia Miranda. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Editora Artesã, 2007.

ANDERSEN, Tom. Processos reflexivos (R. M. Bergallo, Trad., 2ª ed.). Rio de Janeiro: Instituto NOOS; ITF, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Código de Ética Profissional dos Psicólogos, Resolução n.º 10/2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-Psicologia.pdf> Acesso em: 10 abr. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução n. 01/2018. CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf> Acesso em: 18 abr. 2024.

CENTRO DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP). Referências para a Atuação de Psicólogos(os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas / Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília: CFP, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/AlcooleOutrasDrogas_web-FINAL.pdf Acesso em: 12 abr. 2024.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICAS EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP). Referência Técnica para atuação de Psicólogas, Psicólogos e Psicólogues em Políticas Públicas para a População LGBTQIAP+ / Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília: CFP, 2023. Disponível em: https://crepop.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/34/2023/06/RT_LGBT_crepop_Web.pdf Acesso em: 05 abr. 2024.

LABS, Mayara Schinch; GRANDESSO, Marilene. (2017). Processos reflexivos: ampliando possibilidades para terapeutas que atendem sem equipe. Nova Perspectiva Sistêmica, 26(58), 98-113.

NASCIMENTO, Leticia Carolina Pereira do. Transfeminismo. São Paulo: Jandaíra, 2021. 192 p.

PRECIADO, Paul B. Quem defende a criança queer? In: PRECIADO, Paul B. Crônicas da Travessia. Tradução de Eliana Aguiar. Editora Zahar, 2020.

ROCON, Pablo Cardozo. Clínica (Trans)sexualiza(dor)a: Processos formativos de trabalhadores da saúde. Salvador: Devires, 2021.

ENTREVISTA: PSICOTERAPIA ON-LINE

COM
MANUELA AUGUSTA BAHLS

Se antes da COVID-19 o atendimento presencial tinha lugar privilegiado na psicoterapia, o isolamento social causado pela pandemia demandou que a Psicologia ofereça outras formas e possibilidades de encontro, incluindo a modalidade on-line, por chamadas de vídeo ou telefônicas. Nesta entrevista com a Revista Plural, a psicóloga Manuella Bahls (CRP-12/14894), especialista em Gestalt-terapia, aborda os desafios, as vantagens e desvantagens do atendimento remoto.



1 QUAL SUA OPINIÃO SOBRE A EFICÁCIA DO ATENDIMENTO ON-LINE EM COMPARAÇÃO COM O PRESENCIAL?

Vejo o atendimento on-line como uma alternativa acessível, que tem se mostrado eficaz para muitas pessoas. A possibilidade de fazer terapia mesmo em locais distantes ou em situações onde a mobilidade é reduzida é um fator fundamental para a democratização do acesso à saúde mental. Como gestalt-terapeuta, valorizo muito o **contato**¹, conceito que vai além da presença física e se refere à qualidade da interação entre terapeuta e paciente.

¹Na Gestalt-terapia, contato refere-se à consciência e interação com a realidade presente, enfatizando a importância da experiência e relação entre indivíduo e ambiente e contribuindo para a compreensão holística do ser humano.

²Fritz Perls foi um psiquiatra e psicoterapeuta alemão, reconhecido por sua contribuição significativa para o campo da Psicologia humanista e por sua abordagem inovadora e direta na terapia.

³PERLS, F., HEFFERLINE, R., & GOODMAN, P. Gestalt-terapia: refazendo um caminho. São Paulo: Summus, 1997.

Acredito que se o profissional tiver sensibilidade e criatividade terapêutica, e o paciente apresentar condições de se engajar de forma significativa em um processo à distância, o atendimento on-line pode ser tão eficaz quanto o presencial.

Acho possível fazer com que a qualidade da conexão emocional, a clareza e a compreensão das próprias experiências e dinâmicas interpessoais sejam cultivadas também no ambiente digital. **Fritz Perls (1997)**², um dos fundadores da Gestalt-terapia, diz que "o contato autêntico é a base de toda experiência humana **significativa**"³. Gosto desta frase porque ressalta a importância de cultivar uma relação terapêutica genuína, seja ela no ambiente presencial ou on-line.

2

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS DESAFIOS ENFRENTADOS AO OFERECER ATENDIMENTO ON-LINE?

A meu ver, um dos principais desafios é conseguir estabelecer e nutrir uma conexão de qualidade por meio da tela. A leitura corporal é essencial no atendimento presencial, e pode parecer limitada no virtual. É preciso garantir a qualidade da comunicação e adaptar os recursos terapêuticos, a fim de superar os desafios e construir uma relação terapêutica significativa.

Algumas questões técnicas também são desafiadoras, como problemas de conexão ou interrupções durante as sessões. Essas situações são comuns, e acho importante estar preparado para lidar com tais contratemplos de forma eficaz, mantendo a continuidade do processo como possível.

Um terceiro desafio importante é garantir a privacidade e confidencialidade dos pacientes. Nem todos têm a garantia de um ambiente privativo durante o atendimento on-line, o que pode comprometer a sensação de segurança e confiança mútua. Nesse sentido, é fundamental estabelecer acordos claros sobre a confidencialidade e oferecer orientações sobre como criar um ambiente seguro e privativo para os encontros on-line.

**3**

FAZENDO UM PARALELO, QUAIS SÃO AS VANTAGENS DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO VIRTUAL?

Vejo que o atendimento psicológico virtual oferece uma série de vantagens, tanto para os profissionais quanto para os pacientes. Pacientes que vivem em regiões distantes, inclusive em outros países, ou em cidades com poucos profissionais, podem se beneficiar das possibilidades de acesso que o atendimento remoto proporciona. Além disso, os pacientes têm a liberdade de escolher um profissional que se alinhe melhor às suas necessidades e valores, independentemente de onde estejam localizados. A flexibilidade de horários também é uma grande vantagem, permitindo que os pacientes conciliem suas terapias com outras responsabilidades diárias. Acredito que essa diversidade de opções também promove um mercado mais dinâmico, incentivando a qualificação e a ampliação técnica dos profissionais.

Desvantagens também existem, como a dependência de uma conexão de internet segura e estável, assim como a necessidade dos profissionais se atualizarem constantemente às novas tecnologias e plataformas de comunicação, duas situações que podem representar um desafio para alguns. Porém, a desvantagem que considero mais significativa é a falta de contato físico, uma parte importante da experiência terapêutica para muitas pessoas. Ainda que seja possível adaptar algumas práticas para o ambiente remoto, o contato físico não pode ser totalmente substituído. Apesar disso, reitero que com criatividade e um bom manejo técnico seja possível minimizar essas limitações e oferecer um atendimento de qualidade, mesmo à distância.



4

UM DOS TÓPICOS ACIMA CITADOS COMO DESAFIADORES É A QUESTÃO DA PRIVACIDADE. COMO GARANTIR A CONFIDENCIALIDADE DOS PACIENTES DURANTE AS SESSÕES ON-LINE?

Kate Chopin⁴ (2018), escritora norte-americana que faz questões sobre direitos humanos e liberdades individuais, disse que “a confidencialidade é um direito humano básico, fundamental para a existência de uma sociedade democrática”⁵. A frase ressoa especialmente no campo da Psicologia, onde a confidencialidade é um princípio ético crucial. Na prática clínica, a confidencialidade é essencial para estabelecer um ambiente seguro e confiável, permitindo que o paciente se abra e compartilhe suas experiências sem medo de julgamentos.

⁴Kate Chopin é conhecida principalmente por suas obras que exploram questões sociais e feministas. Considerada uma precursora do movimento feminista nos Estados Unidos, suas obras continuam a ser estudadas e apreciadas até hoje.

⁵CHOPIN, K. O Despertar. Tradução: José Mario Pereira. São Paulo: Penguin Classics, 2018.

Para garantir a privacidade e confidencialidade dos pacientes durante os atendimentos, utilizo plataformas de chamadas de vídeo e arquivamento de dados reconhecidas por sua segurança e criptografia de ponta a ponta. Além disso, estabeleço acordos claros com os pacientes sobre a confidencialidade das informações, reforçando a importância da proteção de sua privacidade.

Acredito que seja importante recomendar algumas medidas que garantam um ambiente seguro durante as sessões, como pedir aos pacientes que façam o atendimento em um local privado, livre de interrupções. Entendo que cada um tenha necessidades e contextos distintos. Por isso é preciso também estar preparado para lidar com situações diversas. Já tive situações em que atendi pacientes em locais inusitados, como dentro do carro, de um banheiro, na área externa do trabalho e até mesmo em um supermercado. O importante é garantir que o paciente se sinta confortável e seguro para compartilhar as experiências sem preocupações ou restrições.



5

O QUE SE DEVE CONSIDERAR AO ADAPTAR SUAS TÉCNICAS DE TERAPIA PARA O AMBIENTE ON-LINE?

Para garantir a qualidade do processo terapêutico, creio ser essencial ampliar a percepção da comunicação não verbal. Atualmente, muitas plataformas virtuais disponibilizam recursos visuais e auditivos para ajudar neste processo. Adaptar os experimentos terapêuticos para o contexto on-line parece uma transição desafiadora, mas destaco aqui as palavras de Kurt Lewin⁶ (2013): "Não há nada tão prático quanto uma boa teoria"⁷.

Sempre haverá uma boa forma de adaptar os conceitos de uma abordagem, independente de qual seja, para o ambiente virtual. Integrando os princípios teóricos da abordagem terapêutica com os recursos oferecidos pela tecnologia, somados à fluidez por parte do profissional e uma boa dose de criatividade, é possível criar intervenções terapêuticas pertinentes ao contexto do paciente, possibilitando um atendimento on-line eficaz e enriquecedor.

⁶Kurt Lewin, psicólogo alemão-americano, foi um dos fundadores da Psicologia social e pioneiro no desenvolvimento da teoria de campo na Psicologia. É conhecido por suas contribuições para a compreensão do comportamento humano em diferentes contextos sociais e organizacionais.

⁷LEWIN, K. Teoria de Campo na Ciência Social: Textos Seleccionados (D. Cartwright, Ed.; C. Ianni, Trad.). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 2013.

⁸O conceito aqui e agora para a Gestalt-terapia fala sobre o foco no momento presente da experiência do indivíduo, valorizando a consciência e a vivência imediata das emoções, pensamentos e sensações.

⁹Erving Polster foi um psicoterapeuta americano conhecido por suas contribuições para a Gestalt-terapia.

¹⁰POLSTER, E. Gestalt-terapia integrada: Contornos de uma teoria contemporânea. São Paulo: Summus, 1999.

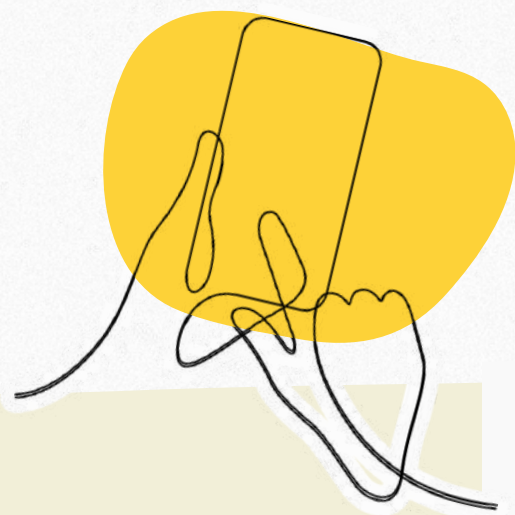
6

COMO LIDAR COM PROBLEMAS DE CONEXÃO OU INTERRUPÇÕES DURANTE UMA SESSÃO ON-LINE?

Lidar com questões técnicas durante uma sessão on-line requer uma abordagem cuidadosa e proativa. Reconheço a importância de manter a presença no campo terapêutico mesmo diante de desafios técnicos, por isso considero fundamental manter a calma e buscar soluções alternativas, como aguardar a retomada da conexão ou reagendar o atendimento para outro momento possível, garantindo sempre a continuidade do processo terapêutico.

Além disso, costumo criar planos de contingência para lidar com essas situações, como uma rede extra de internet ou um celular com acesso à internet. No entanto, é importante lembrar que nem sempre os planos de contingência serão suficientes ou funcionarão como esperado. São nesses momentos que a qualidade da conexão terapêutica torna-se ainda mais crucial. Priorizo a comunicação aberta e transparente com meu paciente, a fim de garantir que ele se sinta apoiado e compreendido durante qualquer intercorrência técnica, seja de minha parte ou da dele.

Gosto de pensar que a Gestalt-terapia me auxilia nesse sentido, pois foi ela quem me ensinou a acolher o presente, o qual chamamos de aqui e agora⁸, e conseqüentemente me sentir menos ansiosa em momentos como esse. Como disse Erving Polster⁹ (1999), "a verdadeira terapia é uma exploração do desconhecido, onde os desafios técnicos são oportunidades para crescimento e aprendizado"¹⁰. Ao enfrentarmos essas questões com calma e presença, podemos fortalecer a relação terapêutica e encontrar soluções criativas para continuar o trabalho terapêutico.



7

EXISTEM CASOS EM QUE O ATENDIMENTO PRESENCIAL OU ON-LINE É PREFERÍVEL?

Existem casos em que o atendimento presencial é preferível, especialmente em situações que precisem de intervenções mais intensivas ou em casos de emergência. Porém, o atendimento on-line também pode ser uma excelente opção para aqueles que enfrentam adversidades geográficas ou de deslocamento. Fritz Perls (1997) disse em um de seus livros: "O que é importante é o processo, não o resultado."

Os processos criativos trazem algo novo à **existência**¹¹. Portanto, não creio que haja um formato "melhor" ou "pior" para a terapia, a escolha entre o atendimento presencial ou on-line deve considerar as necessidades individuais do paciente e as características específicas de cada caso.

¹¹PERLS, F. Terapia Gestalt: A abordagem holística. São Paulo: Summus, 1997.

8

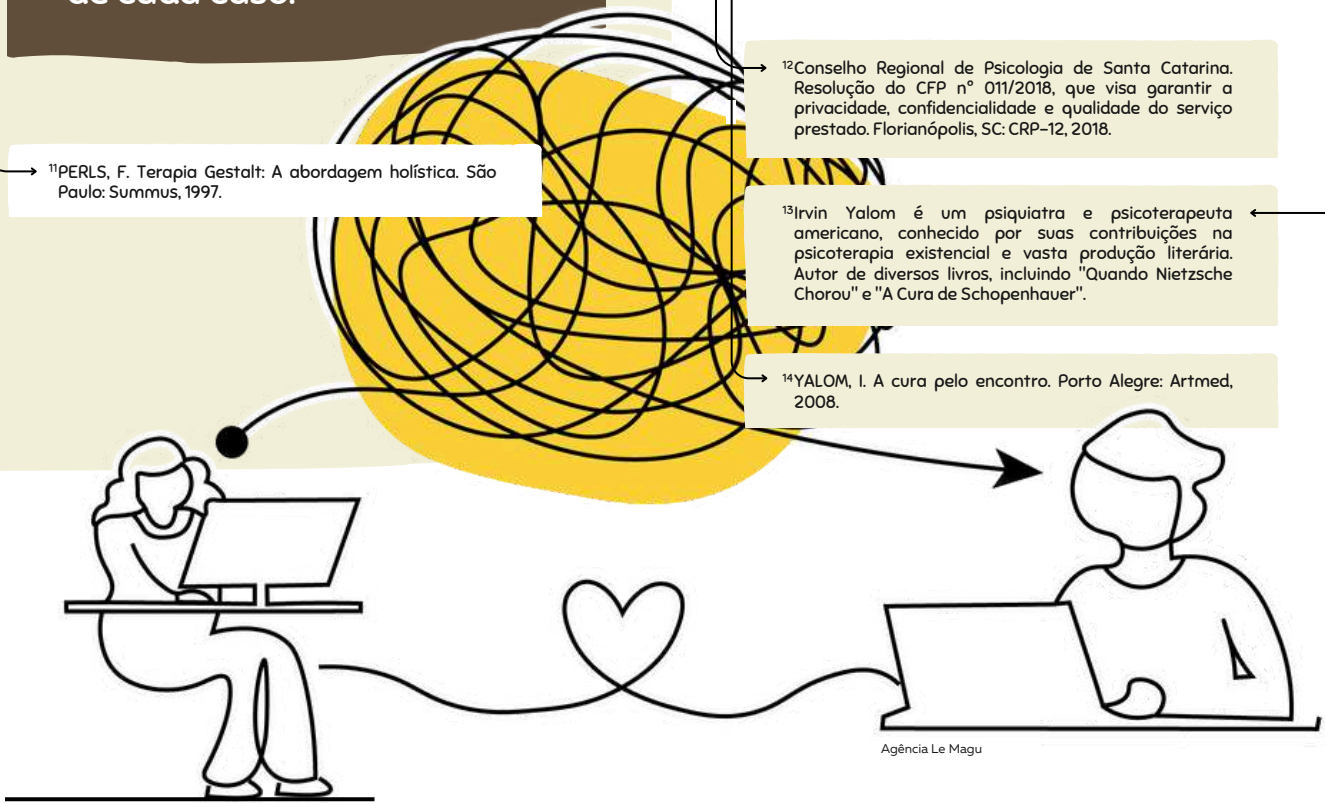
QUAIS SÃO AS PREOCUPAÇÕES ÉTICAS ESPECÍFICAS ASSOCIADAS AO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ON-LINE?

Entre as preocupações éticas associadas ao atendimento psicológico on-line, as que penso ter maior destaque são a garantia da privacidade e confidencialidade dos **pacientes**¹², a qualidade da conexão terapêutica e a necessidade de estabelecer acordos claros desde o início do processo terapêutico. Concordo com Irvin **Yalom**¹³ (2008), quando afirma que "o encontro terapêutico é um espaço sagrado, onde o respeito mútuo e a confiança são **fundamentais**"¹⁴, uma vez que situações atípicas, como pacientes gravando a tela ou interrupções inesperadas durante as sessões, exigem habilidades fluidas e assertivas por parte do terapeuta. Sabendo que adaptações são inevitáveis em ambiente terapêutico e, ainda com mais intensidade, no ambiente virtual, priorizo a autenticidade, a ética e a flexibilidade para lidar com imprevistos.

¹²Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina. Resolução do CFP nº 011/2018, que visa garantir a privacidade, confidencialidade e qualidade do serviço prestado. Florianópolis, SC: CRP-12, 2018.

¹³Irvin Yalom é um psiquiatra e psicoterapeuta americano, conhecido por suas contribuições na psicoterapia existencial e vasta produção literária. Autor de diversos livros, incluindo "Quando Nietzsche Chorou" e "A Cura de Schopenhauer".

¹⁴YALOM, I. A cura pelo encontro. Porto Alegre: Artmed, 2008.





NA RESOLUÇÃO DO CFP SOBRE A TERAPIA ON-LINE, EXISTE LACUNA DESAFIADORA PARA A PRÁTICA?

A Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) n.º **011/2018**¹⁵, estabelece diretrizes importantes para a prática da terapia on-line.

No entanto, ainda existem algumas lacunas que podem representar desafios, como a falta de regulamentação específica para determinadas modalidades de atendimento on-line, bem como a necessidade de orientações claras sobre segurança no ambiente virtual. Considero também que a supervisão e a formação específica para o formato on-line de atendimento devam ser serviços que necessitam de atenção contínua.

¹⁵ Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina. Resolução CRP-12 n.º 011/2018. Normatiza a atuação do psicólogo em serviços psicológicos realizados por meio de tecnologia da informação e da comunicação no âmbito de Santa Catarina. Florianópolis, SC: CRP-12, 2018.

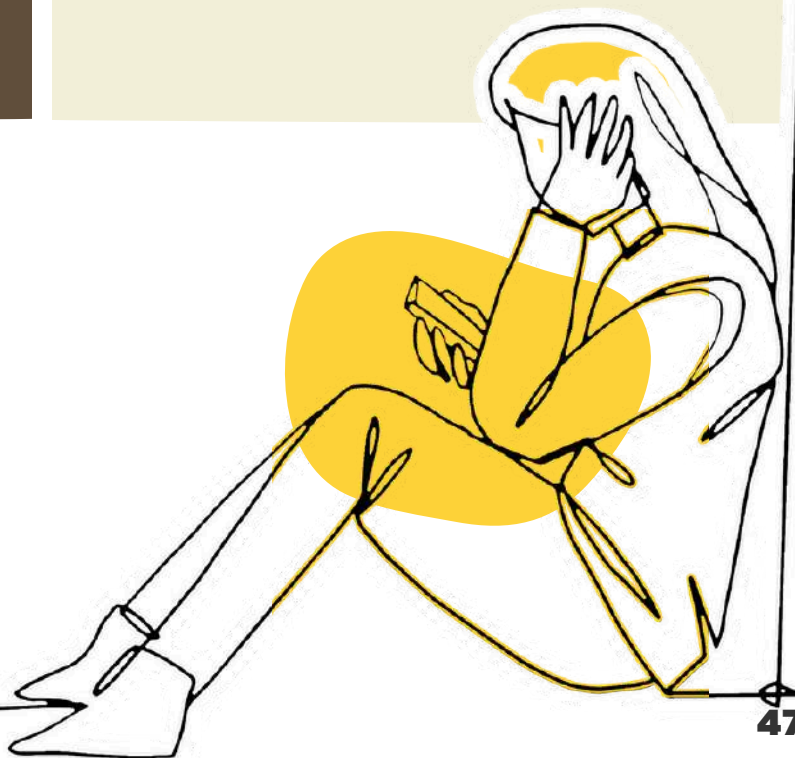
10

COMO VOCÊ VÊ O FUTURO DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ON-LINE?

EXISTEM TENDÊNCIAS EMERGENTES OU MUDANÇAS SIGNIFICATIVAS QUE VOCÊ ESPERA VER?

Não considero o atendimento on-line uma mera tendência, mas sim uma realidade estabelecida. Em meu consultório, aproximadamente 40% dos pacientes são atendidos remotamente, seja por comodidade ou por residirem em locais distantes. O avanço da tecnologia nos proporciona meios mais acessíveis e convenientes para vivenciar o mundo, e, a meu ver, torna-se cada vez mais necessária a integração entre o atendimento presencial e on-line.

Não podemos ignorar o impacto da pandemia da COVID-19, que acelerou ainda mais essa transição, promovendo a popularização do atendimento on-line como uma alternativa viável e eficaz para a psicoterapia. O que espero para o futuro são serviços mais qualificados, profissionais mais éticos e tecnicamente responsáveis, oferecendo maior flexibilidade para os pacientes investirem em sua saúde mental. E, é claro, que isso ocorra sem a necessidade de uma nova pandemia.



11

COMO SE PREPARA PARA REALIZAR ESTE TIPO DE ATENDIMENTO (SENTIDO TEÓRICO E METODOLÓGICO)?

Para me preparar para realizar esse tipo de atendimento, tanto no sentido teórico quanto metodológico, tento me manter atualizada. Como gestalt-terapeuta, busco integrar minha abordagem teórica com o ambiente virtual de forma ética, sem perder a espontaneidade. Também vejo a internet como uma poderosa ferramenta de promoção da saúde mental, então sempre que posso, participo de cursos e formações específicas, seja sobre o manejo no ambiente virtual como sobre habilidades de comunicação nas redes.

12

TEM MAIS ALGUMA COISA PERTINENTE AO TEMA QUE VOCÊ GOSTARIA DE DEIXAR REGISTRADO?

Gostaria de destacar a importância do atendimento on-line como ferramenta de promoção do acesso à saúde mental. Percebo a necessidade dos profissionais estarem cada vez mais preparados e para oferecer esse tipo de suporte de forma ética e eficiente. Além disso, apesar de acreditar neste formato de atendimento, é fundamental gerenciar o impacto da falta de contato físico em cada paciente. Como disse **Laura Perls**¹⁶, "a vida entre duas pessoas é uma verdadeira dança"¹⁷. É nossa responsabilidade reconhecer a importância desta harmonia na relação terapêutica, bem como orientar e apoiar os pacientes da melhor forma possível.

¹⁶Laura Perls foi uma psicoterapeuta alemã, conhecida por ser uma das fundadoras da Gestalt-terapia. Ela desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento e na disseminação dessa abordagem terapêutica, contribuindo para sua teoria e prática. Laura Perls também foi uma figura importante na história da psicoterapia, influenciando gerações de profissionais com suas ideias inovadoras e sua abordagem holística da saúde mental.

¹⁷PERLS, L. Conversas com Laura Perls: Terapia gestáltica e vida cotidiana. São Paulo: Summus, 1997.

Manuela Augusta Bahls (CRP 12/14894)

Especialista em Gestalt-terapia pelo Instituto Granzotto, atua como psicóloga clínica e gestalt-terapeuta no Núcleo de Psicologia Gestalten, em Florianópolis.



Referências

CHOPIN, K. O Despertar. Tradução: José Mario Pereira. São Paulo: Penguin Classics, 2018.

Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina. Resolução do CFP nº 011/2018, que visa garantir a privacidade, confidencialidade e qualidade do serviço prestado. Florianópolis, SC: CRP-12, 2018.

Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina. Resolução CRP-12 nº 011/2018. Normatiza a atuação do psicólogo em serviços psicológicos realizados por meio de tecnologia da informação e da comunicação no âmbito de Santa Catarina. Florianópolis, SC: CRP-12, 2018.

LEWIN, K. Teoria de Campo na Ciência Social: Textos Seleccionados (D. Cartwright, Ed.; C. Ianni, Trad.). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 2013.

PERLS, F., HEFFERLINE, R., & GOODMAN, P. Gestalt-terapia: Refazendo um caminho. São Paulo: Summus, 1997.

PERLS, F. Terapia Gestalt: A abordagem holística. São Paulo: Summus, 1997.

PERLS, L. Conversas com Laura Perls: Terapia gestáltica e vida cotidiana. São Paulo: Summus, 1997

POLSTER, E. Gestalt-terapia integrada: Contornos de uma teoria contemporânea. São Paulo: Summus, 1999.

YALOM, I. A cura pelo encontro. Porto Alegre: Artmed, 2008.

 (48) 3244-4826

 site.crpsc.org.br

