Organizadores

Gustavo Angeli
Grasiele Rosvadoski da Silva
Simoni Urnau Bonfiglio

Psicologia:
Novos Contextos e Perspectivas na Contemporaneidade

EDITORA UNIFEBE

Psicologia:
Novos Contextos e Perspectivas na Contemporaneidade

Titulares Conselho Editorial
Rosemari Glatz
Rafaela Bohaczuk Venturelli Knop
Carla Zenita do Nascimento
Edinéia Pereira da Silva Betta
Heloisa Maria Wichern Zunino
Rosana Paza
Denis Boing
Jeisa Benevenuti
Ricardo José Engel
Marcilene Pöpper Gomes
Pastor Claudio Siegfried Schefer

Suplentes Conselho Editorial
Thayse Helena Machado
Simone Sartori
Angela Sikorski Santos
Wallace Nobrega Lopo
Eliani Aparecida Busnardo Buemo
Sergio Rubens Fantini
Andrei Buse
Marco Antonio Cortelazzo
Aluizio Haendchen Filho
Joel Haroldo Baade
Padre Eder Claudio Celva

Produção Editorial
Equipe Editora da UNIFEBE

Projeto Gráfico
Egon Henrique Kohler Formonte

Diagramação
Bernardo Vinicio Tell

Revisão
Gisele Angeli

UNIFEBE

Reitor
Günther Lother Pertschy

Pró-Reitor de Ensino de Graduação
Heloisa Maria Wichern Zunino

Pró-Reitora de Pós-graduação, Pesquisa, Extensão e Cultura
Edinéia Pereira da Silva Betta

Pró-Reitor de Administração
Alessandro Fazzino

Coordenação Editorial
Rosemari Glatz

Esta publicação compõe-se de texto avaliado e selecionado nos termos Edital de Chamada Pública para publicação de livros de Nº 06/2018, da Editora da UNIFEBE. Meios de publicação: impresso e ebook.

Organizadores

Gustavo Angeli
Grasiele Rosvadoski da Silva
Simoni Urnau Bonfiglio

Psicologia:
Novos Contextos e Perspectivas na Contemporaneidade

EDITORA UNIFEBE

Editora UNIFEBE
Centro Universitário de Brusque Fundação Educacional de Brusque
Endereço: Rua Dorval Luz, 123, Bairro Santa Terezinha
Brusque - SC, CEP: 88352-400
Caixa Postal: 1501
Telefone: (47) 3211-7000
Site: www.unifebe.edu.br
E-mail: editora@unifebe.edu.br

Impressão Gráfica
Capa: papel couche 250g/m² fosco
Miolo: papel off-white 90g/m²
Dimensões: 140mm x 210mm
Tiragem: 50 exemplares

Angeli, Gustavo.
Psicologia: novos contextos e perspectivas na contemporaneidade / Gustavo Angeli, Grasiele Rosvadoski da Silva, Simoni Urnau Bonfiglio. – Brusque: Ed. UNIFEBE, 2018.
430 p. ; 21 cm.

ISBN 978-85-98713-23-6

1. Psicologia. I. Silva, Grasiele Rosvadoski da. II. Bonfiglio, Simoni Urnau. III. Título.

CDD 150

Ficha catalográfica elaborada por Bibliotecária - CRB 14/727

Copyright © 2018 Editora da UNIFEBE

Todos os direitos reservados. Qualquer parte desta publicação poderá ser reproduzida, desde que citada a fonte. Os capítulos/artigos são de responsabilidade dos autores e não expressam, necessariamente, a opinião do Conselho Editorial ou da Editora.

Para todos profissionais que aceitaram o desafio de atuar em novos contextos e perspectivas.

SUMÁRIO

MENSAGEM CORPO EDITORIAL.....11
Rosemari Glatz

INTRODUÇÃO.....15

PARTE 1 - PERSPECTIVA PSICANALÍTICA.....23

1 PSICANÁLISE E O SUAS: ensaio sobre a escuta psicanalítica em um serviço de família acolhedora.....25
Yohanna Cunha Zibell e Gustavo Angeli

2 A PSICANÁLISE E O CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: uma proposta de ressignificação do espaço do idoso.....39
Pedro Valentim Eccher, Maurício Marquardt Pereira e Gustavo Angeli

3 A PSICANÁLISE E O CONSELHO TUTELAR: desafios e possibilidades no acolhimento à população.....57
Evelise Hahne Ribeiro e Gustavo Angeli

4 ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS ENTRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A ESCUTA PSICANALÍTICA.....73
Daniela Nunes e Gustavo Angeli

5 OS ESTÁGIOS CLÍNICOS E OS DESAFIOS DA PSICANÁLISE EM UMA CLÍNICA ESCOLA.....89
Guilherme Silveira e Gustavo Angeli

6 SUICÍDIO: Panorama Sociodemográfico e Aspectos Psicológicos Sob o Enfoque Psicanalítico.....105
Bruna Adames e Gustavo Angeli

PARTE 2 - PERSPECTIVA ANALÍTICA.....123

7 JORNADA DO HERÓI E A TRANSFORMAÇÃO DO FEMININO: uma análise do filme 'alice no país das maravilhas'.....125
Ritiele Maria Zen e Grasiele Rosvadoski da Silva

8 TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA A PARTIR DO SETTING TERAPÊUTICO SOB A PERPERCTIVA DE UMA ACADÊMICA DE PSICOLOGIA.....161
Fabiane Maria Schaefer Baron e Grasiele Rosvadoski da Silva

9 PSICOSSOMÁTICA: o sintoma como expressão da alma.....195
Fernanda Silva de Oliveira e Grasiele Rosvadoski da Silva

PARTE 3 - PERSPECTIVA DA GESTALT TERAPIA.....229

10 A REESTRUTURAÇÃO DO *SELF* EM GESTALT-TERAPIA.....231
Diego José Borges e Simoni Urnau Bonfiglio

11 AWARENESS: um caminho a ser construído.....267
Thaís Aparecida Pereira de Andrade e Simoni Urnau Bonfiglio

12 INTEGRALIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE COMO UM ATO DE RELIGAR: uma práxis, da qual a psicologia deve debruçar-se.....293
Valdecir Paves e Simoni Urnau Bonfiglio

13 GESTALT-TERAPIA APLICADA AO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: um relato de experiência.....331
Adriano de Souza e Simoni Urnau Bonfiglio

14 ENTRE A CRUZ E A ESPADA: aspectos psicológicos envolvidos na relutância da representação criminal na violência conjugal.....365
Bruna Adames e Simoni Urnau Bonfíglio

15 O ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO SOB A PERSPECTIVA DA GESTALT-TERAPIA.....399
Bruna Adames e Simoni Urnau Bonfíglio

SOBRE OS AUTORES.....426

Da Comunidade Para a Comunidade

Rosemari Glatz

A Fundação Educacional de Brusque – FEBE, mantenedora do Centro Universitário de Brusque – UNIFEBE, foi instituída pela Lei Municipal Nº 527, de 15/01/1973 fazendo com que o ensino superior se tornasse uma realidade na região de Brusque. Resultado de necessidade de expansão, interiorização e regionalização do ensino superior, sua criação foi uma resposta às reivindicações da comunidade, uma vez que os cursos superiores estavam concentrados apenas na capital do Estado, fazendo com que muitos jovens deixassem de estudar por falta de oportunidade na região.

Com cultura voltada para a produção indus-

trial, Brusque é conhecida nacionalmente pela sua força econômica, especialmente na área têxtil e, mais recentemente, no segmento metal mecânico, com grande projeção nos mercados interno e de exportação. A veia empreendedora dos imigrantes europeus que colonizaram a região criou a indústria a partir do final do século XIX e, desde 1973, a UNIFEBE atua no ensino superior formando as lideranças que movem a economia regional. Com fortes vínculos e compromissos com a comunidade na qual está inserida, a instituição se aperfeiçoa constantemente e investe no processo de desenvolvimento regional.

De longa data, era a vontade da UNIFEBE conseguir fazer com que as obras produzidas pela comunidade acadêmica fossem imortalizadas pelo ato da publicação. Onde há um desejo, há um caminho e, deste modo, entendemos que já era hora de divulgar, para além dos limites da academia, aquilo que se produz em termos de pesquisa e inovação. Também entendemos ser urgente garantir o espaço para novos autores e/ou pesquisadores cuja publicação em outros nichos editoriais do mercado poderia ser mais dificultosa, motivos mais que suficientes para que déssemos um passo à frente e, com grande entusiasmo, já em 2017 inauguramos um novo tempo: a

publicação de obras pela editora própria da UNIFEBE, dando mostra inequívoca do alcance de sua maturidade intelectual.

Ao publicar da comunidade para a comunidade, a instituição vem reafirmando sua própria identidade comunitária. Ao mesmo tempo, exerce um papel político fundamental, qual seja, a socialização do conhecimento, além de tornar-se um fator de fomento à qualidade do ensino acadêmico, em todas as áreas do saber. De igual modo, numa contribuição à bibliodiversidade, a editora da UNIFEBE tem investido na preservação da história e da memória local, e da cultura regional no seu mais amplo espectro.

Anualmente a UNIFEBE promove chamadas que apoiam financeiramente novas publicações. E é dentro desta proposta que a presente obra, contemplada para publicação nos termos do Edital nº 06/2018 que abriu chamada de textos para publicação de livros cujo autor, autores ou organizadores fossem funcionários técnicos-administrativos e/ou docentes lotados na UNIFEBE, é oferecida ao público. O Edital nº 06/2018 priorizou a publicação de obras coletivas e, como critérios de avaliação, considerou quesitos como originalidade, adequação metodológica, clareza, atualidade, qualidade acadêmica

e relevância no que diz respeito à contribuição para a respectiva área do conhecimento.

Ao completar 45 anos de existência, cientes de que o conhecimento se constrói com o esforço e junção de “muitas mãos, cabeças e corações”, esta obra é a mostra concreta do esforço coletivo de professores, alunos e funcionários da UNIFEBE para a construção do conhecimento, e oferece material de qualidade para uma leitura produtiva.

Ler estimula a criatividade, trabalha a imaginação, exercita a memória, contribui com o crescimento do vocabulário, melhora a escrita e aproxima as pessoas. Aproveite esta obra que chega à suas mãos e dedique algum tempo para extrair o que ela traz de melhor: uma contribuição ao conhecimento. Boa leitura!

Rosemari Glatz
Coordenadora da Editora da UNIFEBE

INTRODUÇÃO

PSICOLOGIA: novos contextos e perspectivas na contemporaneidade

A atuação profissional do psicólogo é marcada pela diversidade de contextos, perspectivas teóricas e possibilidades práticas, entretanto, encontramos como representação da psicologia no senso comum, uma única atividade, a clínica. A primeira concepção ou imagem de um psicólogo se relaciona ao consultório particular, um profissional solitário e silencioso. Desta forma, o presente livro objetiva desmistificar o exercício profissional e suas possibilidades de atuação por meio de três abordagens teóricas, Psicanálise, Psicologia Analítica e Gestatl Terapia. Articuladas com temáticas, experiências e discussões que ultrapassam a clínica particular e permitem uma reflexão e ressignificação dos dispositivos e do fazer do psicólogo em seus mais variados contextos.

A primeira perspectiva se refere à Psicanálise, onde seus escritos repensam o método psicanalítico e as possibilidades da psicanálise para além do consultório particular. A articulação e as vivências de estágio específico ou básico do curso de Psicologia com orientação psicanalítica permitiram produções e elaborações das experiências de campo, supervisões e leituras.

As temáticas e os conceitos freudianos se entrelaçam com os mais diversos fenômenos da cultura e desafios cotidianos dos profissionais da psicologia. Os capítulos "Psicanálise e o SUAS: Ensaios sobre a Escuta Psicanalítica em um Serviço de Família Acolhedora" e "A Psicanálise e o Centro de Referência de Assistência Social: Uma Proposta de Ressignificação do Espaço do Idoso" abordam os desafios e a inserção da psicanálise no Sistema Único de Assistência Social. O método psicanalítico e seus efeitos em um Conselho Tutelar e em uma delegacia de polícia especializada na proteção e asseguramento dos direitos da mulheres vítimas de violência são debatidos nos capítulos "Escuta Psicanalítica no Conselho Tutelar: Desafios e Possibilidades no Acolhimento à População" e "Articulações Possíveis entre a Violência contra a Mulher e a Escuta Psicanalítica".

A Clínica Escola e os serviços de psicologia são temáticas discutidas a partir do método psicanalítico no capitulo "Os estágios clínicos e os desafios da psicanálise em uma Clínica Escola" e, por fim, o suicídio é te-

mática de discussão e promoção de diálogo e reflexão em "Suicídio: Panorama Sociodemográfico e Aspectos Psicológicos sob o Enfoque Psicanalítico".

A Psicologia Analítica traz em sua perspectiva de que, olhar para o todo do indivíduo, implica compreender que a construção de sua personalidade, se dará por meio da integração do eixo *ego-self*. Ou seja, religar sua identidade - o ego -, seu eu externo, com conteúdos do centro ordenador da consciência e do inconsciente, o *Self*. Passar por esse processo significa chegar a obra máxima, em que, aí pode-se dizer quem realmente se é, a partir do si-mesmo. Ter personalidade, envolve coragem, força, determinação, decisão, responsabilidade e disciplina, para assumir o compromisso da constante transformação da alma.

Ao iniciar essa jornada de transformação do herói (no primeiro capítulo), encontraremos o artigo: Jornada do herói e a transformação do feminino: uma análise do filme 'Alice No País Das Maravilhas', como uma possibilidade da construção da personalidade bem como, da integração do feminino, como uma proposta da eterna busca da menina em tornar-se mulher, e com isso, ter sua própria vida nas mãos, para enfrentar as dificuldades que a realidade lhe apresenta no ontem e também na contemporaneidade.

Em sequência no segundo capítulo, vamos adentar no contexto da clínica escola, para tratar sobre: A

transferência e contratransferência a partir do *setting* terapêutico sob a perspectiva de uma acadêmica de psicologia. Este aborda a relação terapêutica por meio da prática do estágio clínico, em que pode-se perceber que a personalidade do terapeuta é o principal método utilizado na prática clínica junguiana, ou seja, para que, possa haver a transformação do paciente, o terapeuta precisa antes construir a sua própria personalidade, para que possa conduzir o outro até os caminhos que o mesmo percorreu. Com isso iremos mostrar como as relações de transferências e contratransferências podem influenciar na formação acadêmica dos alunos, e também provocar as próprias dificuldades, ao mesmo tempo em que está construindo seu conhecimento científico e também seu processo interno.

E por fim, no terceiro capítulo, ainda dentro do contexto da clínica escola, o artigo: Psicossomática: o sintoma como expressão da alma, perceberemos que, uma vez que se tenha iniciado a transformação da personalidade, vamos apreendendo também a compreender que os sintomas fazem parte do fenômeno psique-corpo, pois de alguma forma, o *self* precisa chamar a atenção para que o ego não perca o foco do processo nesta atenção voltada ao si-mesmo. Com isso, teremos a possibilidade de ver na prática clínica, a análise dessa expressão a partir da perspectiva da psicossomática, em observar a doença como uma expressão simbólica.

Quanto à Gestalt terapia, a busca está em analisar como a ciência passa por crises, principalmente na contemporaneidade, por conta das demandas sociais e tecnocientíficas onde os sujeitos buscam o rápido resultado, as receitas prontas e a satisfação plena, nem que esta dure poucos segundos. Diante desta busca, o sujeito que está inserido neste contexto passa a ter a falsa impressão que tudo se resolve rapidamente em apenas um click ou ao baixar um aplicativo em seu *smartfone*, e nisso traz para si mais uma frustração, afinal olhar para dentro e para si não depende de algo externo, muito menos do outro.

Diante disso, levando em conta os diferentes aportes da ciência quanto a visão e atuação da psicologia, mais especificamente da gestalt-terapia, lanço o desafio em se olhar este sujeito no mundo de forma também abrangente, afinal é neste contexto totalizante que o indivíduo necessita ser considerado. Nesta perspectiva é lançado o desafio de se olhar a psicologia levando em conta o 'Ser', sua relação consigo e com o social, na atualidade, onde as demandas extrínsecas passam a ser intrínsecas trazendo a este mesmo homem a 'fome' para dar conta de Si, da vida e do mundo.

O leitor perceberá que os artigos se articulam e de forma subjetiva, se entrelaçam trazendo à tona temas e percepções voltadas ao indivíduo em busca da construção de sua subjetividade, fruto do grande objeti-

vo desta ciência.

Inicialmente será trabalhado o tema: A reestruturação do *self* em Gestalt Terapia, dando partida ao olhar para o humano, onde por meio de um estudo de caso (Alice), busca-se a compreensão de como este *self* se estrutura e de que forma pode ser reconfigurado, levando em conta o movimento dialético que a paciente traz em cada sessão de psicoterapia. Vale ressaltar que a paciente, autorizou este estudo e mesmo assim sua identidade real foi preservada, afim de obedecer aos preceitos éticos profissionais.

Na sequência, o artigo intitulado: *Awareness* um caminho a ser construído, a busca está na compreensão de 'como' se estrutura o caminho ao encontro do *self* e para isso novamente foi necessário buscar nas bibliografias disponíveis o tema, de modo a compreender o caminho que um sujeito pode percorrer para vivenciar a *awaraness*, esclarecendo os processos psicoterapêutico percorridos sob à luz da Gestalt terapia.

Posteriormente o tema a ser tratado está pautado nos valores intrínsecos e extrínsecos do Ser, intitulado: Integralidade, espiritualidade e saúde como um ato de Religar: uma práxis, da qual a psicologia deve debruçar-se. Neste, a busca está voltada à compreensão do ser em sua totalidade, onde não cabe mais o fechar dos olhos quanto as demandas da contemporaneidade, assim como a ciência pode e deve abrir suas fronteiras para

levar em conta os valores que são próprios do homem, mesmo que isso demande a quebra de paradigmas a tanto definidos, afinal é deste 'Ser' que se trata e não somente daquilo que pode ser experimentado e validado pelos mesmos experimentos, o resultado do 'Ser' não se pode apresentar somente por meio de gráficos e tabelas, mas na sua relação consigo e com seus pares sociais.

Nesta seara o sujeito 'em si', ou melhor, quando está longe de si mesmo, pode adoecer, e por vezes algumas patologias assolam este indivíduo que envolto de muitos conflitos e predições, não consegue proteger seu Ser- *self*. Para tratar disso o artigo intitulado: Gestalt-terapia aplicada ao transtorno afetivo bipolar: um relato de experiência, busca tratar do tema já que o mesmo tem figurado grande preocupação mundial, por ser um dos motivadores dos suicídios e da incapacitação laboral, sem desmerecer o sofrimento psíquico de quem precisa lidar com suas dores diariamente.

Deixando claro a importância deste trabalho de pesquisa, temos o artigo: Entre a cruz e a espada: aspectos psicológicos envolvidos na relutância da representação criminal na violência conjugal. Tal pesquisa traz à tona um tema de extrema relevância, a qual a sociedade contemporânea tem passado por grandes mudanças e junto destas a necessária reconfiguração do olhar no que tange a violência e o direito, afinal o abuso físico e ou psicológico são aspectos que permeiam algumas

relações sociais, tanto no micro como no macro sistema, e a psicologia não poderia fechar os olhos quanto a isso.

Finalizando esta perspectiva, temos o artigo: O atendimento psicoterapêutico sob a perspectiva da gestalt-terapia. Este busca explicitar o atendimento psicoterapêutico sob a ótica da Gestalt-terapia, os conceitos presentes na atuação e intervenção profissional onde a abordagem mostra-se como uma das forças rebeldes, humanistas e existenciais dentro da Psicologia, auto ssustentada e experiencial, onde o terapeuta gestáltico almeja ampliar o potencial humano por meio do processo de integração, no qual apoia-se os interesses, desejos e necessidades genuínas do indivíduo.

Portanto, a psicologia é um 'todo' composto por 'partes', onde em cada 'parte' cabe um olhar, em um exercício de valorar e não desmerecer, afinal independente da abordagem ou recorte que seja necessário se fazer, o 'centro' está sempre preservado, ou seja, o SER é o início, o meio e o fim de tudo.

PARTE 1

PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

PSICANÁLISE E O SUAS: ensaios sobre a escuta psicanalítica em um serviço de família acolhedora

Yohanna Cunha Zibell
Gustavo Angeli

1

O presente capítulo aborda aspectos da prática psicanalítica para além do âmbito e modelo clínico. A psicanálise extramuros permite repensar a psicanálise em seus mais diversos contextos, desta forma, propomos uma discussão entre a teoria psicanalítica e o Serviço de Família Acolhedora que se encontra implantado no Serviço Único de Assistência Social (SUAS).

Os campos de atuação e questionamentos provocam uma revisão da pesquisa e do método psicanalítico. É a partir de uma perspectiva freudiana de psicanálise, ou seja, a psicanálise aplicada, ou denominada por Laplanche (1992) de psicanálise extramuros, que se torna possível debater o método psicanalítico em novos

espaços (ROSA E DOMINGUES, 2010). Entrelaçando a psicanálise aos aspectos sociais, o presente trabalho parte da vivência do estágio específico em Psicologia em um Serviço de Família Acolhedora no município de Brusque. Tal serviço encontra-se contemplado, expressamente, na Política Nacional de Assistência Social (2004), como um dos serviços de proteção social especial de alta complexidade e no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa de Direitos de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2006).

Em relação a discussão do presente trabalho, em um primeiro momento, apresentamos uma breve conceituação do Serviço Único de Assistência Social e o Serviço de Família Acolhedora, e um segundo momento, questionamos possibilidades de uma atuação profissional da psicologia norteada pela psicanálise no Serviço de Acolhimento Familiar.

Neste sentido, a psicanálise não se encontra estreitamente ligada ao tratamento, mas sim, no enredo dos fenômenos sociais e políticos. Rosa (2004) apresenta a psicanálise extramuros ou em extensão como uma abordagem – por via da ética – que leva em conta problemáticas e aborda o sujeito envolto em particularidades, pois compreende que:

> "o inconsciente está presente como determinante das mais variadas manifestações, estando presente em todo o enunciado, recortando qualquer discurso pela enunciação que transcende" (ROSA, 2004, p. 342).

Logo é possível aplicação do método psicanalítico através da escuta do inconsciente no do diálogo de dois sujeitos.

Sobre a ideia incontestável de que a psicanálise teve origem na clínica e que deveria restringir-se a esse campo, Rosa e Domingues (2010) defendem que ao desvendar os processos inconscientes não há necessidade privar de demonstrar o funcionamento desses processos em outros domínios das atividades humana.

De acordo com Kobori (2013), inúmeros trabalhos têm sido realizados por psicanalistas, seja no meio acadêmico ou não, com o intuito de utilizar o método psicanalítico como metodologia de pesquisa e investigação, em diversas áreas para além das quatro paredes do consultório particular. Assim, o fazer psicanalítico não está somente atrelado ao consultório particular. Há tantos outros ambientes a serem permeados pela psicanálise que se torna difícil mensurar seu alcance.

1 SUAS e o serviço família acolhedora

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é um sistema público que organiza os serviços de as-

sistência social no Brasil. Com um modelo de gestão participativa, articula os esforços e os recursos dos três níveis de governo, isto é, municípios, estados e a União, para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), envolvendo diretamente estruturas e marcos regulatórios nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal (BRASIL, 2005).

O SUAS organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social. A primeira proteção é a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A segunda proteção se refere a Proteção Social Especial, que após tipificação nacional de serviços socioassistenciais, passou a contemplar dois tipos de serviços, o Serviço de Proteção especial de média complexidade destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e o Serviço de Proteção especial de alta complexidade, que se encontram os serviços destinados às famílias e aos indivíduos que se encontram com os vínculos familiares rompidos por qualquer tipo de ameaça ou violação de direitos; por essa razão, não podem prescindir da proteção integral, como moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido (BRASIL, 2009).

Contemplado no Serviço de Proteção especial de alta complexidade o Serviço de Família acolhedora res-

paldado na Lei Municipal n° 3550 de 29 de novembro de 2012 é composto diretamente por duas profissionais, uma assistente social e uma psicóloga. O Serviço organiza o acolhimento em residências de famílias acolhedoras cadastradas, de crianças e adolescentes afastados do convívio familiar por meio de medida protetiva (BRASIL, 2013).

O Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora atende crianças e adolescentes de 0 a 18 anos incompletos do município de Brusque, inclusive aqueles com deficiência, aos quais foi aplicada medida de proteção, por motivo de abandono ou violação de direitos, cujas famílias ou responsáveis encontram-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção. Propicia o atendimento em ambiente familiar, garantindo atenção individualizada e convivência comunitária, permitindo a continuidade da socialização da criança/adolescente. Trata-se de um serviço de acolhimento provisório, até que seja viabilizada uma solução de caráter permanente para a criança ou adolescente – reintegração familiar ou, excepcionalmente, adoção (CNAS/CONANDA, 2010).

Segundo as orientações técnicas, o serviços de acolhimento para criança e adolescente é uma modalidade de acolhimento diferenciada, que não se enquadra no conceito de abrigo em entidade e nem como colocação em família substituta no sentido estrito do termo,

porém, entende-se como regime de colocação familiar preconizado no artigo 90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (CNAS/CONANDA, 2010).

A criança ou adolescente cadastrado no serviço recebe com prioridade atendimento nas áreas de saúde, educação e assistência social, através das políticas existentes; acompanhamento psicossocial pelo Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; estímulo à manutenção e/ou reformulação de vínculos afetivos com sua família de origem, nos casos em que houver possibilidade; permanência com seus irmãos na mesma família acolhedora, sempre que possível (CNAS/CONANDA, 2010).

A Resolução Conjunta CNAS/CONANDA nº 1/2010, de 9 de junho de 2010, trata das orientações técnicas e dispõe o ponto essencial do Serviço: acolher e paralelamente intervir na família de origem, a fim de promover a reintegração familiar.

As técnicas do Serviço Família Acolhedora de Brusque realizam semanalmente atendimentos especializados com os acolhidos, proporcionando assim uma escuta e um diálogo, levando em conta as situações e desafios diários de uma rotina diferente do que estavam habituados, como também, por se tratar de casos onde não houve a destituição dos acolhidos em relação a família de origem, são realizadas visitas semanais nas residências das famílias, onde se torna possível avaliar

a possibilidade de reinserção dos abrigados ou a necessidade de intervenções. A criança ou adolescente pode permanecer na residência, sendo um estímulo a manutenção ou reformulação de vínculos afetivos com a família de origem.

2 A psicanálise e o serviço de família acolhedora

O trabalho com as políticas públicas e instituições públicas a partir da psicanálise tem como desafio o manejo e a escuta de um sujeito do inconsciente, ou seja, para além de um sujeito do direito ou da proteção e assistência à criança e ao adolescente, a psicanálise interroga a singularidade, os desejos e a divisão de um sujeito, suas ficções e fantasmas. Em relação a construção e a revisão da atuação do psicólogo permeado pela psicanálise no contexto SUAS, encontramos no Acompanhamento Terapêutico (AT) as diretrizes e possibilidades de criação de novos manejos clínicos.

O acompanhamento terapêutico é um dispositivo clínico presente no processo de reabilitação psicossocial e na saúde mental, tendo como objetivo o resgate dos vínculos sociais, cidadania e circulação dos portadores de sofrimento psíquico grave em diferentes espaços físicos e sociais (ALBERTI et al, 2017). É definido como uma prática itinerante, um tratamento feito em movimento, em que os atendimentos, frutos de uma escuta

clínica, se dão tanto em espaços privados como em residências ou espaços públicos. Safra (2006, p. 13) afirma que "o acompanhamento terapêutico mostra-se como a modalidade de atendimento clínico necessária para contemplar o sofrimento na atualidade". Desta forma, o dispositivo clínico atendimento terapêutico permite uma reflexão sobre a prática psicanalítica dentro do serviço família acolhedora, dito de outro modo, uma prática que contemple o analista fora do consultório particular e permeado pela cidade, as residências e os espaços públicos.

Dentre as funções desempenhadas pelo acompanhante terapêutico, Quagliatto e Santos (2004) destacam a possibilidade de o acompanhante terapêutico ser tomado como modelo de identificação; o desenvolvimento das capacidades criativas do paciente respeitando suas peculiaridades; atenção e respeito ao mundo objetivo compartilhado pelo acompanhante terapêutico e pelo paciente; atuação como agente ressocializador e auxílio nas relações familiares. Desta forma, entrelaçamos os efeitos produzidos ou esperados em um acompanhamento terapêutico com a atuação dos profissionais e das famílias no Serviço Família Acolhedora.

Em relação à identificação promovida pelo acompanhamento terapêutico, é necessário compreender através de Roudinesco e Plon (1998, p. 363) que a identificação

> é um processo central pelo qual o sujeito se constitui e se transforma, assimilando ou se apropriando em momentos chave da sua evolução atribuindo assim traços dos seres humanos que os cercam.

Neste sentido, a negligência na família de origem pode inviabilizar o processo de desenvolvimento e constituição da criança e do adolescente. A família acolhedora e os profissionais da assistência permitem a criação e espaços para novas identificações e a construção de um Eu repleto de possibilidades e recursos psíquicos na medida que possibilitam o contato com outras referências e campos de circulação social e cultural.

O acompanhamento terapêutico sustenta a subjetividade e os desejos de um sujeito, não massifica ou generaliza histórias e singularidades. Assim, os olhares se voltam para as especificidades e particularidades proporcionando o desenvolvimento e capacidades criativas, o respeito as peculiaridades do indivíduo e a possibilidade do desenvolvimento de recursos psíquicos para lidar com as conflitos e desafios cotidianos antes não compreendidos.

O acompanhamento familiar permite a construção de recursos simbólicos para lidar com o desamparo frente às questões e problemáticas do dia a dia. Dito de outro modo, o acompanhamento objetiva proporcionar um espaço de escuta e a mediação do sujeito e sua história, possibilitando a implicação e o desenvolvimento

de caminhos e elaborações para os desafios e o cotidiano familiar.

É de responsabilidade do acompanhamento terapêutico, assim como do Serviço Família Acolhedora, a atenção e respeito ao mundo objetivo, ou seja, a mediação com a realidade e a construção de um futuro que possibilite escolhas e fortalecimento psíquico para a compreensão do mundo e dos acordos sociais necessários para a manutenção da civilização.

O efeito ressocializador permite o encontro entre o acompanhamento terapêutico e a atuação da equipe técnica da família acolhedora, pois ambos os dispositivos proporcionam e direcionam o sujeito para o contato social, entretanto, quem efetivamente auxilia na mediação social é a família acolhedora, permitindo a continuidade do processo de socialização da criança/adolescente, como também, o auxílio das relações familiares. Tendo em vista que, em que muitos casos, há possibilidade de reinserção familiar.

O dispositivo clínico de acompanhamento terapêutico permite repensar a atuação e o desenvolvimento de manejos e condutas no Serviço Família Acolhedora, como também, a compreensão que além da equipe técnica, a família acolhedora ocupa um espaço de intervenção e possibilidade de auxílio na ressignificação da história e da vida das crianças e adolescentes acolhidos. A escuta da família de origem e o acompanhamen-

to familiar permite devolver funções necessárias para o cuidado da família e da criança/adolescente, ou seja, a construção de recursos psíquicos e a possiblidade de novas mediações com o social e não apenas a garantia de direitos e das necessidades básicas de sobrevivência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho da psicanálise é da ordem do singular, da criação de acolhimentos e ações de acordo com sujeito ou família. A escuta psicanalítica no Serviço Família Acolhedora se apresenta como proposta de trabalho nova e inusitada, o procedimento de abrigar a criança ou adolescente em instituições especializadas é substituído pelo acolhimento familiar e exige a criação de dispositivos de atenção e manejo clínico.

O Serviço Família Acolhedora se apresenta como um dispositivo que permite inovar e criar possibilidades no que se refere ao processo de cuidado e atendimento às crianças e adolescentes. Aposta-se que por estar perto da vida e do cotidiano de cada família, por planejar suas atividades pensando na própria comunidade, pelas visitas as família e as residências e pelo acompanhamento singular de cada criança, pode contribuir para o exercício e a efetivação de uma rede de amparo.

Neste sentido, são necessárias investigações e estudos sobre o modo de lidar com a diferença e intervir

de forma singular, não sendo possíveis ações e orientações para um sujeito universal. Se faz necessário um novo modelo de atenção e cuidado, não sendo possível dar continuidade a tratamentos baseados apenas segregação e exclusão social, desconsiderando, desta forma, elementos essenciais como os laços sociais, a família, comunidade, implicação do sujeito em sua história. O método psicanalítico associado às diretrizes de atuação do acompanhamento terapêutico possibilita repensar os serviços e as práticas na Assistência Social e em seus programas e atividades. Dito de outro modo, a psicanálise permite um olhar para o singular, a escuta, a ressignificação e o acompanhamento de um sujeito e de sua história em seus mais variados contextos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei nº 8.069/90 atualizado com a Lei nº 12.010 de 2009 (Adoção), Florianópolis, 2013.

BRASIL, Ministério de desenvolvimento social e combate à fome. Conselho Nacional de Assistência Social. BRASIL, Ministério de desenvolvimento social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004** – Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, Novembro de 2005.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS) E CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CONANDA). **Resolução conjunta CNAS/CONANDA** nº 1, de junho de 2009. Aprova o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (alterado em 2010). Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/pagina-1350.html. Acesso em mai. 2018.

KOBORI, Eduardo Toshio. Algumas considerações sobre o termo Psicanálise Aplicada e o Método Psicanalítico na análise da Cultura. **Revista de Psicologia da UNESP,** v. 12, n. 2, p. 73-81, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984=90442013000200006-&script-sci_abstract&tlng=en. Acesso em abr. 2018.

LAPLANCHE, Jean. **Novos fundamentos para a psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1992.

QUAGLIATTO, Helga de Souza Machado; SANTOS, Ricardo Gomides. Psicoterapia psicanalítica e acompanhamento terapêutico: uma aliança de trabalho. **Psicologia ciência profissão.** Brasília , v. 24, n. 1, p. 74-81, mar. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414=98932004000100009-&lng=pt&nrm-iso>. Acesso em mai. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000100009.

ROSA, Miriam Debieux; DOMINGUES, Eliane. O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 180-188, Abril, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em abr. 2018.

ROSA, Miriam Debieux. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Mal-Estar e Subjetividade.** Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 329-348, set. 2004. Disponível em: http://periodicos.unifor.br/rmes/article/download/1509/3464. Acesso em abr. 2018.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SAFRA, Gilberto. Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico. **Psychê**. São Paulo, n. 18, Set. 2006, p. 13-20. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n18/v10n18a02.pdf. Acesso em mai. 2018.

A PSICANÁLISE E O CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: uma proposta de ressignificação do espaço do idoso

2

Pedro Valentim Eccher
Maurício Marquardt Pereira
Gustavo Angeli

A escrita deste capítulo parte de uma experiência de estágio, que buscou a partir da vivência dos autores, relatar o trabalho realizado com um grupo de idosos gerido pelos serviços do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). Por meio de constatações teóricas e experiências vivenciadas no campo de estágio, é proposto discutir a relação entre idoso e sociedade, considerando os espaços oferecidos por instituições públicas, como local de atuação da psicanálise. O principal objetivo é possibilitar ao leitor, uma visão que transmita a possibilidade do trabalho psicanalítico, como promotor do restabelecimento de vínculos sociais e bem-estar do sujeito na velhice.

Lebrun (2009) discute a importância dos aportes psicanalíticos nas instituições públicas, por se tratar de um enfrentamento ao caos político. No passado, o trabalho institucionalizado na psicanálise possuía características de questionamento e quebra de paradigmas às realidades institucionais. Atualmente, existem perspectivas que ampliam a visão do trabalho institucionalizado, buscando levar em consideração o papel que o sujeito ocupa na instituição. As diretrizes públicas possibilitam que parcerias sociais sejam construídas, convergindo os ideais em busca de um objetivo comum, o que permite repensar as práticas nas instituições.

No modelo tradicional da psicanálise, com o esgotamento da plasticidade psíquica na velhice, o acompanhamento analítico com idosos era visto como imutável, fixo e rígido (FREUD, 2010). Na contemporaneidade, essa ideia de trabalho com o idoso foi transformada, alterando a compreensão da velhice para um momento da vida repleto de possibilidades, principalmente de descobertas sobre novos objetos de satisfação da libido. A ressignificação dessa visão, permite vislumbrar a inserção do idoso no espaço, não mais como um objeto obsoleto, mas como sujeito ativo e pertencente ao contexto social. Por intermédio das instituições, é conciliado a teoria e práxis psicanalítica como ferramenta facilitadora no processo de inclusão social.

Utilizando como base a perspectiva de atuação institucional com idosos, é possível questionar a prática psicanalítica tradicional, comumente associada aos atendimentos realizados em consultórios particulares. A instigação é sustentar uma prática em instituições públicas, adequando os aportes teóricos e técnicas de intervenção ao contexto institucional. Considerando a interlocução da psicanálise com outros saberes, como o desenvolvimento humano da velhice e as políticas públicas de assistência social, é sugerida a desconstrução de paradigmas que permeiam atuação profissional, para possibilitar uma ampliação do conhecimento sobre o fazer técnico em diferentes contextos sociais.

As práticas fora do *setting* clínico são fundamentadas pela psicanálise aplicada, também conhecida psicanálise extramuros por Laplanche (1987), baseada em aplicar o método psicanalítico além do âmbito clínico tradicional. Apesar de Freud nunca ter trabalhado diretamente com este conceito, nomeou este tipo de exercício analítico como possibilidade de atuação profissional. A psicanálise aplicada sempre esteve presente ao longo das obras de Freud, uma vez que, o mesmo não se limitou atender apenas os seus pacientes, mas, utilizava o método para analisar as obras de arte, a cultura e as civilizações.

O CRAS, pode ser entendido como o campo extramuros desta produção literária. É um programa ge-

rido pelo governo federal integrado ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que tem por objetivo fortalecer o sujeito em sua convivência com a família e comunidade. Preza pelo objetivo de fortalecer a convivência entre a família e comunidade, permitindo que a equipe de profissionais interaja de forma participativa (BRASIL, 2015). A dinâmica do local abre espaço para a utilização de métodos fundamentados pela psicanálise extramuros, que conseguem atingir de forma adequada a demanda que a instituição de propõe a suprir.

Pensando na dinâmica social e institucional sobre a velhice, o decorrer do texto será articulado por quatro pontos teóricos, sendo eles: o idoso na contemporaneidade, os laços sociais que o idoso estabelece, o corpo envelhecido do idoso e a proposta de um processo de ressignificação aliado às políticas de assistência social. Os tópicos foram estruturados com o intuito de explicar os fenômenos da terceira idade, encontrados no campo de estágio, fundamentando as relações sociais a partir do estabelecimento de vínculos entre os sujeitos no contexto da assistência social. Ao final do desenvolvimento, é esperado amarrar os conceitos teóricos com experiências vivenciadas pelos autores, para construir uma perspectiva singular sobre a temática.

1 O idoso na contemporaneidade

Atualmente no Brasil, assim como em diversos países pelo mundo, os aumentos gradativos da população idosa estão ocorrendo de forma rápida e progressiva. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) estima que os idosos, serão aproximadamente 20% da população total do país em 2035. Estes números serão alcançados entre os anos de 2010 a 2035, apenas 25 anos. Em 2030 já é esperado que existirão mais idosos do que crianças e adolescentes. Estas estatísticas revelam novas possibilidades de trabalho com este público, incluindo oportunidades no mercado de trabalho e atuações em políticas públicas.

O idoso é um sujeito que percorreu todo um processo sócio vital ao longo do seu curso da vida, que perpassou por todas as fases do desenvolvimento humano, desde a infância, a adolescência, a vida adulta até a velhice. Partindo de uma visão biopsicossocial, a velhice não precisa ser considerada como sinônimo de doença e incapacidade, mesmo que considerada o último estágio da vida humana. O processo da velhice é um evento progressivo e sobre determinado, que possui características próprias com limitações, mas como qualquer outra fase do desenvolvimento humano, possui potencialidades que podem ser desenvolvidas para a promoção da saúde (DAWALIBI; ANACLETO; WITTER et al, 2013).

Na visão do senso comum, observam-se criações de representações sociais, que retratam o idoso como um ser velho, obsoleto e desgastado. Estas percepções, são consequências de concepções equivocadas do processo de envelhecimento, vivenciadas pelo ser humano nos seus contextos sociais, políticos e individuais ao longo da história. A maneira como ocorrem estes fenômenos, contribui para que esse momento da vida se torne mais sofrido e difícil. O idoso, pode se apropriar destas representações sociais, dificultando sua espontaneidade no estilo de vida, por verificar em si mesmo as características negativas advindas da velhice (ALTMAN, 2011).

A psicologia, por meio de uma visão psicanalítica, considera a velhice além de suas características físicas advindas da idade avançada, destacando um processo subjetivo que envolve a maneira como o idoso se percebe e como é percebido pelos outros (ALTMAN, 2011). Essa relação dinâmica entre visões, constitui para cada sujeito o processo individual e coletivo de vida em sociedade, ou seja, a sociedade é impactada pela presença do idoso no seu contexto, como o idoso é impactado pelas percepções que os outros possuem dele.

2 Laços sociais

Em uma análise dos aspectos psíquicos do envelhecimento, se considera a longevidade como um fenômeno novo e que estamos diante das primeiras gerações que alcançam idades relativamente avançadas. É verificado nos tempos atuais, uma sociedade constituída por características que propiciam o isolamento e a solidão, sobretudo ao idoso e aqueles que vivem nas grandes metrópoles (CASTILHO, 2012). Considerando esta contextualização social, vários meios de ressignificação com os idosos podem ser pensados, com o intuito de promover o estabelecimento de laços sociais, que possam desarticular o isolamento e segregação dos sujeitos.

No que se diz respeito ao processo de ressignificação do espaço para/do idoso, torna-se fundamental a concretização de laços sociais, que visam condições melhores de vida ao cidadão. Freud (2010) destaca que uma das maiores fontes de mal-estar é advinda dos laços estabelecidos entre os sujeitos. A intersubjetividade humana envolve compartilhamento de afetos, vivências e representações, experienciadas na interação entre o sujeito e os outros. O amor e a agressividade caminham lado a lado, no local em que houver relações entre duas pessoas, estas instâncias estarão presentes. Desta forma, se torna crucial a identificação dos idosos com os locais e pessoas, para que o amor prevaleça a agressividade nas relações.

Para a psicanálise, a formação dos laços sociais é considerada como parte primordial de qualquer processo de inclusão social e formação do Eu. Ou seja, o social habita o sujeito assim como o sujeito sustenta os laços e acordos sociais. Neste sentido, vislumbra-se a ressignificação do lugar obsoleto e as representações de menos *valia* do idoso. Este pensamento se baseia na teoria freudiana das identificações, cujo os sujeitos se reconhecem por laços de reciprocidade, transformando-se uns aos outros (BANHOS; PINHEIRO, 2011).

O idoso inserido em sociedade segue leis e valores paternos, o que cria identificações entre os sujeitos que compartilham das mesmas leis. A figura paterna, influencia a pessoa nas suas relações sociais. O pai como ideal impossível de ser incorporado, se torna local vacante, possibilitando a identificação dos sujeitos entre si como membros de uma comunidade (FREUD, 2010). Cabe ressaltar que neste sentido, o local em que os idosos possam ser acolhidos de forma harmônica, pode trabalhar de forma efetiva questões subjetivas, tornando o ambiente social potencializador de estabelecimentos de vínculos.

3 O corpo que envelhece

A partir da visão freudiana, a literatura apresenta a importância do desenvolvimento do corpo psíquico e biológico, debatendo concepções necessárias para uma aproximação do processo do envelhecer, como é percebido pelo sujeito. Com o passar do tempo, o envelhecer pode se tornar doloroso, por se aproximar das representações da morte, frequentemente presentes em pessoas com idades mais avançadas (FREUD, 2010). A sensação da morte advém do declínio físico e desvalorização social, intrinsecamente ligada aos processos psíquicos inconscientes.

O envelhecimento potencializa um desencontro entre o inconsciente atemporal e o corpo temporal. Diante de um futuro incerto com a morte cada vez mais inerente, o Eu desloca suas fontes libidinais para redesenhar sua imagem, suprindo a necessidade de um corpo que não serve mais como meio de satisfação do desejo. Aceitando o corpo estranho e limitador, o sujeito abre mão de ideais narcísicos para construir projetos que permitam satisfação dentro dos limites do corpo e do social (CHERIX, 2015).

Quando o idoso toma consciência de que está velho, com um corpo envelhecido, rugas e cabelos brancos, sua vivência subjetiva é afetada. A história pessoal percorrida pelo idoso até então, já não está mais de acordo

com o que os olhos dele veem. Concomitante com esta percepção da terceira idade, as mudanças no tratamento social dos idosos acabam desalojando os mesmos dos lugares que acreditavam pertencer, reforçando as limitações naturais que se apresentam principalmente em seus corpos envelhecidos pelo tempo (ALTMAN, 2011). A dificuldade de se locomover ou interagir nos espaços sociais, podem ser considerados como exemplos do desalojamento social.

Frente à finitude do corpo físico, o sujeito reavalia seus ideais do Eu. A envelhescência é um reparo do Eu diante das demandas pulsionais e das novas necessidades biológicas, que se aproximam da morte. Todo esse processo tem como base as experiências anteriores, principalmente infantis que definiram os núcleos de personalidade de cada sujeito (BERLINCK, 2008). Verdon (2013) complementa este pensamento, afirmando que o processo de envelhecimento tem suas raízes na infância, adolescência e vida adulta. Perda, falta, frustração e renúncia, são marcas do envelhecimento, constituem o sujeito desde o início da vida e conduzem as experiências que movem o ser humano a buscar novas vias de satisfação, conforme a realidade observada pelo indivíduo em cada momento de sua vida.

4 Processo de ressignificação aliado às políticas de assistência social

Freud (2010) debate em Psicologia das Massas e Análise do Eu, que sujeitos que colocam um só e mesmo objeto no lugar de seu ideal do Eu, tendem a se identificar uns com os outros. Desta forma, esses indivíduos que compartilham de semelhantes experiências, angústias, sofrimentos e desejos encontram facilidade em relacionar-se pela identificação. Este fenômeno pode ocorrer dentro dos locais disponibilizados pela rede SUAS. Pelas características ideológicas destes locais, trabalhos em grupos tendem a dividir esses desejos, angústias e sofrimentos. Com isto, a prática psicanalítica pode contribuir para que estas semelhanças sejam tratadas de forma saudável, direcionando a dinâmica do grupo para o fortalecimento dos vínculos sociais já existentes.

A partir das ferramentas técnicas da psicanálise, torna-se possível a análise dos conteúdos subjetivos presentes em um grupo. Enquanto grupo, as pessoas são movidas por necessidades semelhantes, se unindo em torno de uma tarefa específica (PICHON-RIVIERE, 1988). A função do outro é insubstituível no processo da tomada de consciência de si e do mundo, o que constitui a subjetividade humana. Caso exista a falta do outro, o sujeito corre o risco de perder traços narcísicos fundamentais e adentrar em uma espiral de sofrimento.

Nos grupos, são revelados conteúdos inconscientes, emergidos do diálogo entre os sujeitos. Com o discurso, é possível obter o acesso às cadeias de significantes, que narram as histórias dos sujeitos por meio de ditos. Os sintomas psíquicos ficam expostos e facilmente observáveis quando verbalizados, resultado dos recalcamentos das pulsões e barragem dos desejos, ambos interditados pela linguagem. As repressões se manifestam de alguma maneira, principalmente na forma de sintomas, o que cabe como dados interpretativos para o analista (DIAS, 2006).

É interessante salientar que nos discursos dos idosos, é comum ouvir relatos sobre as histórias infantis. Por meio dos mecanismos da condensação e deslocamento, o sintoma se torna uma satisfação substituta, suprindo uma série de fantasias e recordações traumáticas, vivenciadas no início da vida sexual (DIAS, 2006). Desta forma, o sintoma é a manifestação simbólica do funcionamento de psíquico. O processo de ressignificação permite re-atualizar as vivências traumáticas, para que o sujeito compreenda as recordações de uma forma diferente, ressignificando seu próprio saber sobre si mesmo.

Aliado às políticas públicas de assistência social, o profissional pode trabalhar diretamente com o público, auxiliando na convivência entre os vínculos sociais dos sujeitos (BRASIL, 2015). Seguindo a proposta deste texto, se utilizados os métodos psicanalíticos, o CRAS

como espaço de estabelecimento em vínculos sociais, pode se tornar um local ideal para análise dos conteúdos latentes dos idosos, o que possibilita a ressignificação das psiconeuroses e neuroses atuais. Também é possível oferecer aos idosos, um espaço gerador de identificações e amor, importante para desenvolver um bem-estar na relação que a pessoa estabelece com a velhice, seu próprio corpo e os outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências obtidas durante a vivência do estágio revelaram uma perspectiva sobre os idosos e a sociedade, que permitiu analisar a realidade apresentada de forma crítica, condizente com os aprendizados adquiridos em todo o percurso formativo realizado. As teorias e práticas enfatizam uma visão do idoso como sujeito ativo, que possui condições de estabelecer vínculos sociais potencializadores do seu desenvolvimento humano. A perspectiva em relação a um idoso como ser passivo, não foi considerada. Mesmo convivendo com suas limitações advindas da velhice, foi verificado que o idoso ainda é capaz de produzir laços sociais, novas inserções e utilizar dos espaços que lhe estão disponíveis.

Foi analisada a importância de locais como o CRAS para a terceira idade, por proporcionar o restabelecimento de laços sociais que se perderam com o tempo. A psicaná-

lise atua neste contexto, como uma prática extramuros, o que colabora para uma ampliação do conhecimento sobre os fenômenos da velhice. É destacado também, a importância de profissionais comprometidos e capacitados para atuação em políticas públicas, por proporcionarem o processo de convivência, estabelecimento de vínculos sociais e diminuição do sofrimento psíquico.

Verifica-se a importância do processo transferencial, uma vez que, não basta apenas transpor teorias e técnicas para a prática, o processo precisa se estabelecer também no olhar singular da psicanálise sob o sujeito em questão. Enquanto na clínica prevalece o sujeito-suposto-saber, no grupo institucionalizado, o saber circula entre os pares e retorna ao sujeito do inconsciente. Concluiu-se com esta reflexão, que existe a possibilidade de trabalho da psicanálise em outros contextos.

Com a presença da psicanálise na escuta das questões institucionais e na estruturação do espaço institucionalizado no qual o idoso está inserido, é levantada a questão de que, oferecendo possibilidades para os indivíduos exercerem funções e interagirem com seus semelhantes, é possível a construção de espaços psíquicos favoráveis para o desenvolvimento continuado destes sujeitos. Desta forma, o caos começa ceder espaço para que surjam novos processos transferenciais, facilitando a fala e a projeção. Ao circular pelas instituições, o idoso está em busca de novos significantes, aliado à esperança de ser compreendido.

REFERÊNCIAS

ALTMAN, M. O envelhecimento à luz da psicanálise. **J. psicanal**. São Paulo, v. 44, n. 80, p. 193-206, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103=58352011000100016-&lng=pt&nrm-iso> Acessado em 08 março 2018.

BANHOS, T. C; PINHEIROS, C. V. Q. Os laços sociais contemporâneos: Uma discussão acerca das identificações**. Laboratório de Psicanálise da UFC**. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, mai. 2011. Disponível em <http://www.psicanalise.ufc.br/hot-site/pdf/Trabalhos/78.pdf>. Acessado em 21 outubro 2017.

BERLINCK, M. T; MAGTAZ, A. C; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. Rev. **Latinoam. Psicopatol. Fundam.** São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-28, Mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 16 novembro 2017.

BRASIL. Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Assistência Social. Unidades de Atendimento. **Ministério do Desenvolvimento Social.** Brasília: 2015. Disponível em <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/cras>. Acessado em 26 agosto 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da saúde lança estratégia para promoção do envelhecimento saudável.** Brasília: 2017.

CASTILHO, G. Psicanálise e velhice: o "idoso" é obsoleto? **Trivum**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 48-58, jun. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912012000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 16 novembro 2017.

CHERIX, K. Corpo e envelhecimento: uma perspectiva psicanalítica. **Rev. SBPH,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 39-51, jun. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 16 novembro 2017.

DAWALIBI, N. W et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO**. Estud. psicol. (Campinas),** Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, Sept. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000300009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 16 novembro 2017.

DIAS, M. G. L. V. O sintoma: de Freud a Lacan. **Psicol. estud.** Maringá, v. 11, n. 2, p. 399-405, ago. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 09 maio 2018.

FREUD, S. Análise terminável e interminável. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (V.19)

FREUD, S. Luto e Melancolia. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (V.12)

FREUD, S. O mal-estar na civilização. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (V.19)

FREUD, S. Psicologia das massas e análise do Eu. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (V.15)

FREUD, S. Totem e Tabu. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (V.11)

LAPLANCHE, J. **O inconsciente e o id.** São Paulo: Martins Fontes, 1987

LEBRUN, J. **Clínica da instituição: o que a Psicanálise contribuiu para a vida coletiva.** Porto Alegre, RS: CMC Editora, 2009.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo.** São Paulo: Martins Fontes, 1988.

VERDON, B. **O envelhecimento psíquico.** Paris: PUF, 2013.

A PSICANÁLISE E O CONSELHO TUTELAR: desafios e possibilidades no acolhimento à população

3

Evelise Hahne Ribeiro
Gustavo Angeli

O presente trabalho objetiva realizar uma discussão sobre o Conselho tutelar a partir da psicanálise. A articulação entre a psicanálise e o Conselho Tutelar se inspira na prática e na vivência dos estágios ofertados pelo curso de Psicologia no Centro Universitário de Brusque. Um desafio pensar e entrelaçar a psicanálise e as questões da assistência e do cuidado à criança e ao adolescente.

O Conselho Tutelar é um órgão público criado a partir do Estatuto da Criança e do adolescente, "é um órgão permanentemente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e adolescente, definidos nesta

lei" (SOUZA, 2010, p. 83). A referida instituição é composta por cinco conselheiros, sendo os critérios exigidos para se candidatar a vaga: ter idade superior a 21 anos, residir no município e ter idoneidade moral. Não é necessário ter formação acadêmica, porém, o processo seletivo, assim como, a inclusão ou não de outras especificidades para o cargo permanece a critério do município. (VARGAS, 2016)

O conselho tutelar preza pelos direito universais das crianças e adolescentes, um dos desafios do trabalho com orientação psicanalítica é possibilitar a escuta de um "sujeito do inconsciente", ou seja, não são os conselheiros ou as leis que determinam a verdade do indivíduo, pois ela é de ordem particular e é sempre uma construção singular e provisória do sujeito. Para Cottet (1989, p. 22) "consiste em supor um saber no outro, e deixar com este a iniciativa de aceder a ele: é você quem sabe, e não 'eu já sabia disso".

O órgão tem como responsabilidade instituída no ECA o zelo ao cumprimento dos direitos das Crianças e Adolescentes. Entretanto, no cotidiano dos conselheiros observa-se que as demandas vão além de verificar ameaças ou violações dos direitos, o órgão é compreendido como mediador dos conflitos que ocorrem dentro do seio familiar (VARGAS, 2016).

A compreensão da dinâmica empregada pelos conselhos tutelares na atualidade perpassa um movimen-

to histórico de atendimentos e acolhimentos da população infantojuvenil no Brasil (VARGAS, 2016). Desta forma, em um primeiro momento resgatamos um breve percurso histórico sobre a constituição da assistência à criança, ao adolescente e a constituição dos conselhos tutelares, e em um segundo momento, através da teoria psicanalítica, entrelaçamos a ciência e os especialistas, o enfraquecimento da função paterna e a desvalorização da família, objetivando proporcionar novos olhares e compreensão sobre a assistência às famílias.

1 Um percurso histórico: a assistência e o amparo à criança e o adolescente

Segundo Airès (1981, p. 23)"a etimologia da palavra infância vem de infans (de infant) que significa 'aquele que não fala', ou seja, aquele que se distingue do adulto pela não apropriação da fala". Na história brasileira é possível identificar que a voz da infância e posteriormente da juventude foi silenciada pelos adultos que não reconheciam os jovens como sujeitos (PRIORE, 2000).

Um modelo de assistencialismo perdura por muito tempo na história do Brasil, como também, a cultura de caridade no atendimento da população economicamente desfavorecida e marginalizada. As ações voltadas para a população não são discutidas e planejadas com

intuito de se compreender a problemática e criar estratégias de atuações eficazes frente às demandas, e sim, a dimensão de "favor" e a ênfase de benevolência são traços que ainda constituem os atendimentos e a atuação de alguns profissionais (LOPES et al, 2006).

O período republicano representou avanços na urbanização e industrialização dos centros urbanos concomitante com a abolição da escravidão e a chegada de imigrantes as terras Tupiniquins. O crescente aumento populacional desordenado e sem estruturação promoveu a desigualdade social e o abandono de menores às ruas, principalmente negros, crianças que não eram atendidas pela Santa Casa de Misericórdia ou a Roda dos Expostos (PRIORE, 2000).

Devido ao aumento da criminalidade praticada por jovens marginalizados, o Estado se transforma em uma entidade ativa e se responsabiliza pela tutela e educação dos menores abandonados ou à margem da sociedade. O código de menores é criado como forma de intervenção e encaminhamento dos jovens as instituições de correção. De acordo com Passetti (2000, p. 356), "mesmo considerando a prisão um 'mal' os reformadores, paradoxalmente, não se opuseram à introdução do seu modelo como corretivo comportamental ou como educador para Jovens infratores".

Um novo período se inicia, com atendimentos pautados em um viés correcional e coercitivo. "Ao esco-

lher políticas de internação para crianças abandonadas e infratoras, O Estado escolhe educar pelo Medo'' (PRIORE, 2000, p.356). As famílias não detém mais o poder sobre as crianças, o Estado é responsável pela educação, entretanto, a culpa pela marginalização dos jovens recai sobre os pais e as famílias mais pobres (MARINO, 2011).

É possível compreender que a culpabilização por uma "incompetência" na criação dos filhos era atribuída a famílias carentes, a intervenção do Estado se torna cada vez mais violenta e as políticas implementadas nas instituições que visavam educar os jovens por meio da pedagogia do trabalho não tinham interesse genuíno no desenvolvimento e bem-estar dos mesmos, e sim, na formação de mão de obra para servir a um país em crescimento industrial (RIZZINI, 2009).

Alguns órgãos e entidades foram criadas para o atendimento de crianças e adolescentes, entre eles o SAM (Serviço de Assistência ao menor) em 1941, que iniciou-se uma parceria com a iniciativa privada caracterizada pelo clientelismo e a corrupção. Segundo Martins e Brito (2001, p. 21), "o sistema de atendimento do SAM era composto por instituições que empregavam a disciplina e o trabalho como instrumentos de correção de condutas inadequadas".

Em 1964, concomitante com a ditadura no Brasil, o governo militar criou o Fundação Nacional do Bem

Estar do Menor (FUNABEM), que tinha como objetivo fiscalizar menores das camadas pauperizadas, pois na concepção do Estado, estavam mais suscetíveis a marginalização (RIZZINI, 2009). Com o intuito de se diferenciar do SAM, a FUNABEM criou serviços de atendimento especializado em áreas como psicologia, psiquiatria, ciências sociais e medicina objetivando reinserir a criança ou adolescente na sociedade (PASSETTI, 2000).

Segundo Rizzini (2009), o atendimento à população infantojuvenil se transforma, de cunho filantrópico religioso para uma assistência social. O filantropismo continua presente aliado com o poder público e privado, ou seja, a responsabilidade de executar as políticas públicas por meio da FUNABEM era do Estado, porém, instituições particulares continuavam prestando serviços de proteção à população infantojuvenil.

Os direitos das crianças e adolescentes entrou em evidência após o fim da ditadura militar e a criação da nova Constituição em 1988. Em consequência da declaração dos Direitos Humanos foi introduzida a Doutrina da Proteção Integral dos direitos da Infância (MARINO, 2011). Ocorre uma alteração na concepção do atendimento a criança, que deixa de ser um objeto vítima de coerção e benevolência para ser tornar uma criança "sujeito de direitos".

Em 1990 foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os Conselhos Municipais de Direito (CMDCA), e o Conselho Tutelar (CT). O ECA promove mudanças nas políticas públicas e na metodologia de intervenção em relação à criança e o adolescente. O estatuto preconiza atender a toda e qualquer criança ou adolescente que vive no território nacional, rompendo com a cultura do "menor infrator ou abandonado", ou seja, um rompimento com as políticas públicas voltadas somente para uma parcela da população considerava vulnerável (LOPES et al, 2006).

O século XXI tem como especificidade o reconhecimento dos direitos da população infantojuvenil, porém não significa que os direitos são respeitados ou traduzidos em políticas sociais efetivas. Uma história de repressão e anulação do sujeito criança/adolescente não é esquecida com a promulgação de uma lei (RIZZINI, 2009).

A partir do exposto, apresentamos considerações sobre a possibilidade de um trabalho que visa o reconhecimento e a retomada da fala de um sujeito detentor de direitos mas também de desejos. Desta forma, apostamos que a orientação psicanalítica possa nortear as articulações e os acolhimentos produzidos no Conselho Tutelar, para além da reprodução de normativas e regulamentos, compreende-se o sujeito em sua singularidade.

2 A psicanálise e o Conselho Tutelar

Os Conselhos Tutelares apresentam uma variedade de demandas, desde denúncias sobre ameaças e violação de direitos de crianças e adolescentes quanto a procura do órgão como mediador de conflitos familiares. Historicamente a culpabilização sobre a incompetência na criação dos filhos recaia sobre as famílias economicamente desfavorecidas, e o Juiz era a autoridade pública que se recorria na "esperança" de "dar um susto" ou corrigir o comportamento dos menores infratores (DONZELOT, 2008). Atualmente encontramos uma reedição dessa concepção endereçada a figura do Conselheiro ou Conselho Tutelar.

A modernidade instaurou uma divisão entre o público e o privado, na relação familiar ocorreu a entrada das normativas e condutas sociais o que permitiu uma fixação sobre um "saber" e a "verdade" na educação dos filhos (JULIEN, 2000). O bem-estar, proteção e segurança se transformou em um dever público, a autoridade é dividida entre a tríade Pai, Mãe e Estado (ROUDINESCO, 2003). Desta forma, é visível que as famílias encontrem dificuldades no manejo e na instauração de uma dinâmica familiar saudável. Frente a falta de autoridade, os pais recorrem ao poder público para instaurar um comportamento de obediência considerado "adequado" pela família e pelo Estado.

O assujeitamento ou dessubjetivação é o lugar de submissão que o sujeito assume ao Outro representado pelo Estado. É nessa concepção que se instaura o discurso de incapacidade, "Eu não sou capaz, eu não posso *ser* pai, eu não posso *ser* mãe, por isso delego isto ao Outro que pode ser por mim" (LEMOS, 2015, p.38). O processo de alienação se dá por meio dessa condição de destituição subjetiva no qual o sujeito transfere o seu direito de ser ao outro. Na compreensão psicanalítica o fracasso do sujeito na cisão com relação ao outro resulta na incapacidade de construir a sua subjetividade (POLI, 2005).

É necessário portanto, investir na autonomia do sujeito, para que este elabore suas questões sobre o desejo e desvende esse lugar de autoridade ocupado pelas leis sociais. A subjetivação do desejo ocasiona a transformação de um sujeito "assujeitado" ao Outro para separado do "Outro", nessa divisão o sujeito é inserido em um vazio no qual a psicanálise atua viabilizando o desejo e a fala (LACAN, 2008).

Para Oliveira (2012, p.229) a psicanálise

> torna-se pressuposto mediador fundamental para que o sujeitos passem do estágio de destinatários passivos dos ditames legais para os construtores dos vazios dos enunciados jurídicos.

O sujeito anteriormente assujeitado pode se reconhecer por meio da separação em relação ao Outro como livre e

responsável por suas escolhas, não cedendo o seu desejo perante o reconhecimento das leis normativas impostas pela Sociedade.

A família é a responsável por inscrever o sujeito na ordenação simbólica que constitui o seu desejo, porém, Vargas (2016, p. 84) salienta que atualmente existe uma "dificuldade encontrada pelas famílias em transmitir a castração, em articular Lei e desejo e em autorizarem as relações familiares". O sujeito antes de ser inserido nas leis jurídicas e sociais do Estado, é escrito na Lei simbólica, a Lei da Castração de Freud ou a Lei do Pai em Lacan estrutura o sujeito como falante na cultura e cadastrado no desejo. O sujeito internaliza as leis da sociedade após estar marcado pelo lei do Pai (LEMOS, 2015).

Segundo Legendre (1983, p.108) o sujeito do Direito é um "sujeito possuído pelo direito". O Estado postula normativas que devem ser incorporadas como leis que auxiliam o sujeito frente ao desejo. O discurso jurídico racionaliza e regula as ações humanas e simultaneamente produz o silêncio, que segundo Philippi (2001, p.37) "consagra as condições necessárias para o reconhecimento do ordenamento por cada indivíduo".
Diante dessa adversidade, a saída encontrada pelas famílias é recorrer ao conselho tutelar procurando uma lei ou normativa jurídica que os ampare frente aquilo que não conseguem suportar, ou seja, o desamparo simbóli-

co. Dentro dessa problemática, a inserção da psicanálise no Conselho Tutelar tem o objetivo de possibilitar um olhar para a subjetividade do sujeito, estabelecendo uma transferência e oferecendo um lugar de escuta, ou seja, a implicação do sujeito em sua própria queixa e a transformação da queixa e uma demanda.

A ineficiência do Estado frente às demandas da população cria um sentimento de urgência na resolução dos problemas por parte dos Conselheiro, a partir do momento que o usuário se insere na instituição, precisa sair com uma resposta, para Vargas (2016, p. 32) isso ocasiona uma "individualização das práticas". Os autores Nascimento e Scheinvar (2007, p. 158) acrescentam que "o atendimento passa a depender da forma de atuar de cada conselheiro, de suas características pessoais, dos recursos que consegue agilizar por esforço próprio".

A psicanálise se diferencia deste contexto por apostar no saber de cada sujeito, reconhecer sua história e permitir que o indivíduo construa respostas para suas angústias, não recobrindo o paciente e seu sofrimento com estatísticas ou com manuais diagnósticos que engessam e massificam os usuários. A teoria psicanalítica ao produzir questões sobre o indivíduo, sua conduta e escolhas, desnaturaliza o humano. Desta forma, não permite uma redução do sujeito ao seu ser biológico, ao diagnóstico, evidenciando o indivíduo enquanto ser histórico e social, produzido na relação com outro em

determinada cultura e época (FIGUEIREDO, 1997).

A psicanálise adentra os espaços institucionais para introduzir o saber e o desejo do usuário e acolher os profissionais em suas angústias frente à impotência de solucionar qualquer sofrimento ou curar todos os pacientes. Neste sentido, que seja suportável em algumas situações reconhecer que o usuário não quer receber orientações ou o encaminhamento indicado, e em outros momentos, permitir que desta relação profissional-usuário possa ser construído respostas às questões dos pacientes.

O olhar a partir da psicanálise no referido órgão objetiva produzir uma nova visão do sujeito e sua subjetividade, proporcionar um espaço de fala, para que o mesmo se escute, e reflita acerca de seu *modus operandi.* O trabalho também pode promover efeitos na equipe técnica do serviço, com a possibilidade de revisar o manejo e ampliar o repertório de atuação, dando ênfase para as singularidades de cada sujeito atendido pela instituição.

REFERÊNCIAS

ARIÉS, Philippe. **História Social da Criança e da Família.** 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

COTTET, Serge. **Freud e o desejo do psicanalista.** Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias.** 9. ed. Rio de Janeiro: GRAAL, 1980.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos:** a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

JULIEN, Phillipe. **Abandonarás teu pai e tua mãe**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2000.

LACAN, Jacques. **O Seminário: livro 7 - A ética da psicanálise (1959-60)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LEGENDRE, Pierre. **O amor do censor: ensaio sobre a ordem dogmática.** Rio de Janeiro: Forense universitária: Colégio Freudiano. 1983.

LEMOS, Suziani de Cássia Almeida. **A família e a destituição do Poder Familiar - um estudo psicanalítico.** (Dissertação Mestrado em Psicologia) Universidade Federal de Uberlândia. Minas Gerais, 2015.

LOPES, Roseli Esquerdo et al. Adolescência e Juventude de Grupos Populares Urbanos no Brasil e as Políticas Públicas: Apontamentos Históricos. **HISTEDBR**, Campinas, n. 23, p.114-130, set. 2006.

OLIVEIRA, Assis da Costa. Estado, Direito e Sujeito – contribuições da psicanálise freudo lacaniana. **REDUnB,** v.10, p. 205-234, agos, 2012.

MARTINS, Carolina da Fonseca; BRITO, Leila Maria Torraca. Resgatando a história da política de atendimento ao adolescente em conflito com a Lei no Brasil. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria.; CEREZZO, Antônio Carlos; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde (Orgs.). **Clio-Psyché ontem:** fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 2001. p. 243-248.

MARINO, Adriana Simões. **A criança autora de ato infracional- as medidas de proteção e o conselho Tutelar- um debate para o campo psicanalítico.** 2011. 199 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2011.

NASCIMENTO, Maria Lívia do; SCHEINVAR, Estela. De como as práticas do conselho tutelar vêm se tornando jurisdicionais. **Aletheia,** v. 25, p. 152-162, jun 2007.

PASSETTI, Edson. Crianças Carentes e políticas públicas. In M.D. Priore (Org), ***História das Crianças no Brasil.*** (p.347-375). São Paulo: Contexto, 2000.

PHILIPPI, Jeanini Nicolazi. **A lei: uma abordagem a partir da leitura cruzada entre Direito e Psicanálise.** Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

PRIORE, Mary Del. **História das Crianças no Brasil.**1.ed.,São Paulo:Contexto, 2000.

POLI, Maria Cristina. "Alienação" na psicanálise: a pré-história de um conceito. **Psichê**, v. 9, n.16, p. 133-152. dez, 2005.

RIZZINI, Irene. **A Arte de Governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** 2a. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SEI, Maíra Bonafé; ZUANAZZI, Ana Carolina. A clínica psicanalítica com adolescentes: considerações sobre a psicoterapia individual e a psicoterapia familiar. **Psicol. clin.** Rio de Janeiro , v. 28, n. 2, p. 89-108, 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000200006 >. Acesso em 30 abr. 2018.

ROUDINESCO, Elisabeth. **A família em desordem.** (R. Aguiar, trad.). Rio de Janeiro: Zahar. 2003.

SOUZA, Ismael Francisco de. **O Conselho Tutelar e a Erradicação do Trabalho Infantil.** 1.ed., Criciúma: UNESC, 2010.

VARGAS, Paola. **O que pode a Psicanálise em Conselhos Tutelares?** 2016. 93 f. Dissertação (Mestre em Psicanálise) -Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS ENTRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A ESCUTA PSICANALÍTICA

4

Daniela Nunes
Gustavo Angeli

O presente capítulo aborda aspectos do exercício e da prática acadêmica nos órgãos públicos sob a luz do método psicanalítico. As articulações e questões promovidas se sustentam na vivência do estágio na Delegacia de Proteção à Criança, ao Adolescente, à Mulher, e ao Idoso - DPCAMI de Brusque, cuja instituição é localizada na Delegacia de Polícia Civil de Brusque e as orientações realizadas na Clínica Escola e Serviços de Psicologia (CESP), anexo ao Centro Universitário de Brusque. (UNIFEBE)

Objetiva-se, portanto, promover reflexões acerca da escuta psicanalítica nas delegacias de polícia especializadas na proteção e asseguramento dos direitos das

mulheres vítimas de violência. Dessa forma, evidenciamos o acolhimento psicológico e jurídico com as mulheres vítimas de violência e apresentamos a psicanálise como uma possibilidade de intervenção e método terapêutico em outros contextos e em articulação com diferentes saberes e disciplinas, ou seja, a psicanálise que ultrapassa as barreiras do consultório particular ou de uma clínica tradicional e repensa seu fazer e sua escuta.

A intervenção do profissional psicólogo em casos de violência contra a mulher está vinculado à intervenção da justiça e, portanto, não se limita ao consultório privado, sendo realizado em um ambiente diferenciado com intervenções individuais ou grupais. Nesse sentido, o psicólogo atuante nesta área realiza um trabalho multidisciplinar. O atendimento às vítimas de violência contra a mulher exige uma articulação entre a Psicologia e o Direito, como também, uma rede de amparo e suporte através de outras instituições envolvidas nesse processo. Dito de outro modo, é preciso realizar intervenções que associem o contexto jurídico e social em que a vítima e o autor estão inseridos, criando um espaço terapêutico e estratégias de intervenção psicossocial a fim de possibilitar transformações subjetivas. (MONTEIRO, 2012)

O desafio de um trabalho multidisciplinar se encontra na adaptação do profissional e de sua escuta clínica relacionada aos mais diversos contextos de atuação, seja nos consultórios, hospitais ou em instituições

governamentais. Aposta-se que através da escuta clínica seja possível a criação de um ambiente terapêutico e o acolhimento de um sujeito que se encontra em sofrimento psíquico. A atuação do psicólogo se relaciona muito mais com a atitude do profissional do que com os espaços físicos que está inserido, independente do lugar é possível possibilitar um espaço de escuta e acolhimento (DUTRA, 2004).

De acordo com Freud (1906/2015), o sofrimento psíquico resulta na repressão de certas ideias e recordações fortemente investidas de afeto e desejos, desta forma, não reside mais nenhum papel na cadeia de pensamentos e não adentram à consciência, permanecem escondidas do próprio sujeito. Entretanto, o material psíquico reprimido retorna através dos sintomas somáticos e psíquicos que atormentam a vítima. Nesse aspecto, a tarefa do psicanalista é de escuta do inconsciente, dito de outro modo, a escuta de um material oculto a consciência. O espaço de escuta e acolhimento para as mulheres vítimas de violência proporcionado pelas Delegacias Especializadas possibilitam articulações da investigação judicial e psicológica, como também, própria vítima de violência, através da produção de uma narrativa, chegue a novas recordações e elaboração do seu sofrimento.

Assim, objetivando articular a escuta psicanalítica e a violência contra a mulher, apresentamos neste capítulo uma breve discussão sobre a proteção e o aco-

lhimento judicial e psicológico, como também, apontamentos sobre a transferência e a narrativa como dispositivos clínicos na elaboração das marcas e do indizível da violência.

1 A proteção da mulher e a lei Maria da Penha

Apesar da violência contra a mulher não ser um fenômeno exclusivo da atualidade, a implementação de uma lei cabível à proteção de tais vítimas pode ser considerada relativamente nova. A Lei n.11.340 conhecida como Lei Maria da Penha embasada no parágrafo 8º do artigo 226 da Constituição Federal, foi publicada em 07 de agosto de 2006, com o objetivo de eliminar, coibir, prevenir e erradicar a violência doméstica e familiar contra a mulher (PIOVEZAN; MONTEIRO, 2015).

A lei Maria da Penha objetiva caracterizar a violência doméstica e familiar contra a mulher como uma violação dos direitos humanos das mulheres e através dela, possibilitar às vítimas um atendimento humanizado dentro das delegacias e juizados, bem como a garantia da sua proteção (BRASIL, 2009).

O artigo 5º da Lei Maria da Penha, define a violência doméstica e familiar contra a mulher como "qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial". Ainda, os incisos do referi-

do artigo estabelece onde a violência doméstica contra a mulher pode ocorrer:

> I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação. (BRASIL, 2006)

Portanto, a violência contra a mulher pode se manifestar em diversas maneiras. De acordo com o artigo 7º da lei 11.340/06, existe cinco formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, sendo elas “I – a violência física; II – a violência psicológica; III – a violência sexual; IV – violência patrimonial; V – a violência moral", que, independente do grau e forma, causam impactos significativos na vida da vítima.

Desse modo, dentro da Delegacia de Polícia Civil, são instituídas as Delegacias de Polícia Especializadas para o cumprimento da Lei n.11.340/06 - que amparam as vítimas de violência doméstica e familiar - tornando-se, assim, um dos campos de atuação dos psicólogos, tendo em vista que, antes da vítima poder representar criminalmente contra o autor dos fatos para dar prosseguimento ao processo criminal, ela precisa

realizar o acolhimento psicológico, espaço destinado à escuta e orientação sobre questões legais que envolvem a demanda da violência.

Após o registro do Boletim de Ocorrência na DPCAMI de Brusque, é realizado o agendamento para atendimento psicológico. No atendimento psicológico é informado o objetivo do espaço, sendo destinado ao acolhimento e escuta, no qual a vítima poderá dar voz aos sentimentos e angústias vivenciadas em decorrência da violência sofrida e do processo judicial. Ao término do atendimento, de acordo com a demanda, as vítimas são encaminhadas à outros órgãos de saúde da cidade, objetivando o início de um tratamento psicoterapêutico e/ou um acompanhamento multidisciplinar.

2 O acolhimento psicológico e jurídico

Com o propósito de coibir a violência, a Lei Maria da Penha prevê ações articuladas entre o poder executivo e o poder judiciário através de políticas públicas, tanto com a finalidade preventiva como a assistencial, tendo em vista, que as políticas públicas possuem profissionais da psicologia em suas equipes, possibilitando a implicação e contribuição para o acolhimento do sofrimento psíquico (BATISTA; MEDEIROS; MACARINI, 2017).

A realização do acolhimento e da escuta humanizada, sem preconceito ou julgamentos, com o sigilo necessário, é inerente ao trabalho elaborado nas delegacias, ou seja, a promoção de um momento de reflexão das condições pessoais que permita um posicionamento em relação ao registro de ocorrência, além do empoderamento e do enfrentamento da situação de violência instaurada, é uma possibilidade de ação e atuação de todo e qualquer profissional (AGUIAR; ROSO, 2016).

De acordo com Balbueno (2011), o acolhimento psicológico se faz necessário às vítimas de violência, um momento de escuta técnica que visa a reflexão das mulheres sobre a real situação em que se encontram, bem como sobre suas necessidades. Considera-se grande a probabilidade de que uma mulher acolhida e ouvida torne-se mais assertiva, pois terá consciência de sua escolha. A mulher orientada apenas no campo jurídico, sem ter seus sentimentos ouvidos e validados, pode não ter clareza das possibilidades de resolução, dificultando a decisão em relação à representação criminal.

Neste sentido, é possível apresentar às mulheres vítimas de violência um espaço de acolhimento que promova a construção de caminhos e elaborações para o fim de um ciclo de violência, a reflexão e os sentidos da dinâmica violenta vivenciada e o fortalecimento da autonomia. Ou seja, a atuação do psicólogo é contribuir à promoção da transformação da relação conjugal e a

produção de novos posicionamentos psíquicos que implicam na qualidade de vida (BATISTA; MEDEIROS; MACARINI, 2017).

Aguiar e Roso (2016) destacam o acolhimento como ferramenta de produção e resolução de demandas pontuais dos pacientes. O acolhimento humanizada às vítimas constitui um espaço reflexivo. Desta forma, a delegacia se transforma em um ambiente de acolhimento, aceitação do usuário e sua dor, e respeito pelas demandas e queixas apresentadas.

Desse modo, encontra-se a possibilidade de articulação entre a psicanálise e o cuidado e o amparo às mulheres vítimas de violência, ou seja, a oferta do acolhimento psicológico às mulheres vítimas de violência visa um espaço de escuta, não apenas de um discurso consciente, sobretudo, de um sujeito do inconsciente, dos desejos e fantasias. A partir da transferência estabelecida constrói-se um caminho para o reconhecimento, implicação e elaboração do sofrimento, mal-estar e sintomas.

3 Psicanálise e violência: um espaço de escuta

O acolhimento psicológico das mulheres vítimas de violência na DPCAMI de Brusque é realizado após o registro do Boletim de Ocorrência. Apropriando-se do método psicanalítico, a escuta dos pacientes se susten-

ta na técnica da atenção flutuante e associação livre. O recurso principal para abordar os fatos clínicos é a interpretação. É o trâmite da interpretação, que funciona como eixo para a escuta/recorte de novos fragmentos e produção de uma nova tradução para as marcas e enigmas da violência (SILVA & MACEDO, 2016).

A mulher que convive ou já conviveu, durante algum tempo, com a violência perpetrada pelo parceiro, pode desenvolver um comprometimento psicológico, como a dificuldade de mudar sua realidade, uma vez que a pessoa sob jugo não é mais senhora de seus pensamentos, está literalmente invadida pelo psiquismo do parceiro e não tem mais um espaço mental próprio. Por esta razão, ressaltamos a importância de auxílios e instituições que possibilitem a criação de mecanismos para transformação de uma realidade pautada na violência e agressão, como também, a superação das marcas deixadas pelo processo de submissão às situações de violência (MONTEIRO, 2012).

Assim, o acolhimento psicológico realizado pela estagiária de psicologia na Delegacia de Proteção à Criança, ao Adolescente, à Mulher, e ao Idoso (DPCAMI) de Brusque sob o método da psicanalítico visa a promoção de um espaço de escuta para que as mulheres, vítimas da violência, possam dar voz e sentido a dinâmica violenta instaurada.

Nesse sentido, a psicanálise aposta no surgimento de um sujeito a partir da rede de narrativas que tecem sobre si, entretanto, uma narrativa só representa realmente o sujeito quando ele puder narrar (LACAN, 1978). Desta forma, ao tomar a palavra como meio de saber, ao fazer uso da palavra em transferência, os sujeitos podem contar sobre sua existência, se apropriar e se reconhecer em sua história.

A narrativa do sujeito é uma forma de produzir narrativas sobre o vivido, mas falar sobre o vivido implica lembrar não apenas o saber que a memória institui, o saber se está frio ou quente, o saber da temporalidade, da distância, e sim, na rememoração que constrói narrativas de vida, singulares para cada sujeito. Não se trata, então, de obter informações do que ocorreu, do que o sujeito se lembra, mas do que ele pode construir e/ou desconstruir. Há uma construção a ser feita (PEREIRA; ANGELI, 2017).

Desse modo, o inconsciente é dito nos lapsos, nos equívocos, nos atos falhos, nos sonhos, em um saber que o sujeito não sabe. É preciso querer saber daquilo que o sintoma pode expressar, aquilo que não é dito, aquilo que o sujeito sofre e não sabe conscientemente o sentido, daquilo que as palavras ainda não conseguem dizer para poder se escutar. Escutar na dimensão das escolhas em sua vida, dos amores, da profissão, daquilo que se inscreveu no corpo, em uma cena ou uma situação. Essa

escuta só é possível quando a fala se endereça a um outro, ao se supor um saber sobre si que pode testemunhar sua narrativa (PEREIRA; ANGELI, 2017).

Assim, é pela fala do sujeito que uma análise acontece. Os sujeitos podem construir e desconstruir histórias, implicar-se com seus sintomas e, principalmente, saber de seu desejo. Lacan (1978, p. 112) ressalta "[. . .] que ela - a fala - se pretende agente de cura, de formação ou de sondagem, a psicanálise só tem um meio: a fala do paciente", uma fala que sempre pede uma resposta, mesmo que seja o silêncio, na condição de que se tenha um ouvinte e aqui colocamos a figura do analista.

Podemos pensar em uma construção do que não está destruído, apenas não dito, não sabido, nem pelo sujeito nem pelo analista, mas que está vivo no sujeito do inconsciente e que pode ser resgatado nos fragmentos de lembranças e associações do analisando (FREUD, 1996, p. 295).

> [...] o analista completa um fragmento da construção e o comunica ao sujeito da análise, de maneira que possa agir sobre ele; constrói então um outro fragmento a partir do novo material que sobre ele derrama, lida como este da maneira e prossegue, deste modo alternado até o fim (p.295).

O analista constrói a partir de fragmentos da história do sujeito, a história primitiva esquecida. De acordo com Freud (2010), a transferência possibilita a recordação e a produção de narrativas, a passagem entre a

doença e a vida através das repetições em transferência, dito de outro modo, o laço transferencial entre o analista e o analisando permite a retradução das marcas da história narradas pelo sujeito. É na transferência estabelecida entre o sujeito e seu analista que é possível pensar em um movimento de recordação e elaboração. É o fio da transferência que produz o inconsciente em análise, pois no sujeito há traços, restos não significados ou recalcados. O despertar das recordações permite novos reposicionamentos e a implicação do sujeito em sua narrativa. O sujeito não é mais vítima, é um autor de sua história.

Portanto, é fundamental a atuação de um profissional que se propõe escutar um sujeito para além de suas queixas e que visa implicar o vítima à sua própria história, permitindo um movimento de apropriação e transformação. A transferência permite o surgimento de narrativas que colocam em movimento uma análise. Um processo de desconstrução e reconstrução da história, uma nova tradução para as marcas do passado e as expectativas do futuro. Ao disponibilizar um espaço de escuta, se oferta a produção de narrativas e novas perspectivas e posicionamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento psicológico realizado junto à DP-CAMI de Brusque objetiva a promoção de um espaço de escuta qualificada, ressignificação do sofrimento apresentado e as possibilidades de enfrentamento da mulher em situações de violência. O suporte psicológico poderá auxiliar no esclarecimento sobre seu contexto familiar, promovendo uma ressignificação do conflito vivido e, consequentemente, poderá encorajá-la a uma maior autonomia emocional. Sendo assim, utilizando-se do método psicanalítico, o psicólogo institui o espaço de fala que potencializará a reflexão da mulher sobre agentes formadores da sua subjetividade, a fim de dar forma ao desconhecido familiar.

Tão mais, além de promover o espaço de escuta do desconhecido, acolhimento psicológico às vítimas é fazer com que elas resgatem sua condição de sujeito, bem como sua autoestima, seus desejos e vontades, que ficaram encobertos e anulados durante todo o período marcado pela violência.

Por fim, pode-se refletir acerca do importante papel que a Psicologia possui frente à violência contra à mulher e as articulações possíveis da escuta psicanalítica nas delegacias de polícia especializadas, repensando a atuação e a escuta das mulheres vítimas de violência e permitindo o início de um movimento de ressignificação da história marcada pela violência.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Gracielle Almeida de; ROSO, Patrícia Lucion. O empoderamento de mulheres vítimas de violência através do serviço de acolhimento psicológico: caminhos possíveis. **Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea.** Santa Maria. 1-15. 2016.

BALBUENO, B. **Investigação sobre atendimento psicossocial oferecido em delegacias de defesa da mulher.** Psicólogo inFormação, v. 15, n. 15, p. 69-82, 2011.

BATISTA, Aline Pozzolo; MEDEIROS, Juliana Lima; MACARINI, Samira. Violência conjugal e as delegacias especializadas: as implicações da judicialização dos conflitos. In: BATISTA, Aline Pazzolo; MEDEIROS, Juliana Lima. (Orgs.) **Psicologia e Polícia:** diálogos possíveis. Curitiba: Ed. Juruá, 2017.

BRASIL. **Lei Maria da Penha.** Lei 11.340/2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 10 abr. 2018.

DUTRA, Elza. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. **Estudo de Psicologia.** Natal, v. 9, n. 2, p. 381- 387, 2004.

FREUD, S. A instrução judicial e a psicanálise. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** São Paulo: Companhia das Letras, 2015. (V. 08)

FREUD, Sigmund. Construções em análise. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. (V. 23)

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (V. 10)

LACAN, Jaques. **Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise.** In: LACAN, Jaques. Escritos. São Paulo: Perspectiva, 1978. p.101-187

MONTEIRO, Fernanda Santos. **O papel do psicólogo no atendimento às vítimas e autores de violência doméstica.** 2012. 63 f. Monografia (Bacharelado em Psicologia) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2012.

PEREIRA, Rafaela; ANGELI, Gustavo. Narrativa e transferência: o que faz um sujeito falar? In: ANGELI, Gustavo; BONFIGLIO, Simoni Urnau. (Orgs.) **Possibilidades na Clínica Escola:** Alinhando Teoria e Prática. Brusque: Ed. UNIFEBE, 2017.

PIOVEZAN, Bianca Aparecida; MONTEIRO, Carla Fernanda Barbosa. Intervenções do Profissional do Psicólogo do SUAS no atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão dos últimos 10 anos. **Revista Uningá Review.** Paraná, v. 24, n. 1, p. 104-113, out/dez. 2015.

SILVA, Clarice Moreira da; MACEDO, Mônica Medeiros Kother. O Método Psicanalítico de Pesquisa e a Potencialidade dos Fatos Clínicos. **Psicologia: Ciência e Profissão,** Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 520 - 533, jul/set.

OS ESTÁGIOS CLÍNICOS E OS DESAFIOS DA PSICANÁLISE EM UMA CLÍNICA ESCOLA

5

Guilherme Silveira
Gustavo Angeli

A psicanálise, criada por Freud no final do século XIX, pode ser descrita como um método de investigação que objetiva a compreensão da dimensão subjetiva do sofrimento por intermédio da via inconsciente, como também, a intervenção sobre a mesma (GARCIA-ROZA, 1985). Nesse sentido, a psicanálise é uma forma de intervir que está em constante atualização, na medida em que o sofrimento dos sujeitos estão condicionados às mudanças sociais. Nos dias atuais, o sofrimento, do ponto de vista do inconsciente, não se diferencia das psicopatologias presentes na obra de Freud, porém, as manifestações externas e sintomáticas tem apresentado uma diferença na sua topografia comportamental.

Dentre os diversos espaços de escuta psicológica do sofrimento, presentes na atualidade, encontra-se o espaço acadêmico. Marcadas por uma demanda dupla, a de formar psicólogos e atender a comunidade, as clínicas escolas tem proporcionado justamente um novo espaço para a psicanálise constituir-se e reinventar-se no século XXI. Dentro do Centro Universitário de Brusque - UNIFEBE encontra-se uma clínica escola que atende as demandas da sociedade através dos estágios do curso de Psicologia.

A Clínica Escola e Serviços de Psicologia (CESP) é um espaço que visa oferecer apoio psicológico e diversas modalidades de atendimentos psicoterapêuticos para a comunidade de Brusque e região. Outro objetivo da CESP é o de oportunizar aos acadêmicos do curso de Psicologia um espaço para a realização de estágios específicos, auxiliando assim na formação do futuro psicólogo (UNIFEBE, 2015). Nesse sentido, pode-se afirmar que a CESP tem, além do objetivo pedagógico, um objetivo social para com a comunidade, utilizando-se das mais diversas formas de intervenção em psicologia, alinhadas ao código de ética profissional e ao compromisso na escuta do sofrimento.

Com relação a prática e o uso da psicanálise na CESP, Angeli (2017) interroga a psicanálise nas instituições de ensino em "É possível praticar psicanálise em uma clínica escola?". Segundo o autor, há possibilida-

des, porém, com algumas ressalvas e diferenças em relação ao manejo e condução dos atendimentos. Destaca-se como desafio, por exemplo, a exigência e importância de uma análise pessoal para formação de um analista, entretanto, em uma clínica escola é critério que depende da escolha e disponibilidade do acadêmico. Como também, as delimitações do tempo do tratamento devido à própria organização da instituição de ensino. Outra diferença diz respeito ao pagamento das sessões, pois em um espaço como o a da clínica escola não se tem um pagamento em dinheiro, entretanto, o pagamento não constitui apenas uma via monetária, e sim, a implicação e disponibilidade do paciente em se dispor ao trabalho analítico.

A psicanálise se insere nas universidades e constrói um espaço de escuta e formação. E as dificuldades e limitações apontadas, como é possível pensar no manejo clínico psicanalítico dentro das instituições de ensino? Portanto, a partir da prática psicanalítica na clínica escola do Centro Universitário de Brusque, este capítulo objetiva apresentar entrelaçamentos entre constructos teóricos da psicanálise e as elaborações de um processo de formação clínica. Dito de outro modo, propomos repensar os espaços e a escuta psicanalítica através da vivencia dos estágios e orientações.

1 As entrevistas preliminares e as normativas da Clínica Escola

O primeiro desafio ao iniciar o estágio na clínica escola de psicologia se refere à transferência e o engajamento do paciente no próprio atendimento. De acordo com Freud (1996), a primeira etapa de uma análise consiste em ligar o paciente a figura do analista e ao seu próprio sofrimento. Com relação ao laço transferencial, por se tratar de uma instituição de ensino, se faz necessário uma relação um pouco diferente da habitualmente vista em consultórios particulares. A principal diferença está em estabelecer uma transferência institucional, no sentido de que o paciente pode se sentir acolhido pelo analista e também pela instituição que lhe oferece os serviços psicoterapêuticos. A compreensão do funcionamento da clínica, seus objetivos e as normativas são fundamentais para uma fluidez e andamento do tratamento, na medida em que esses aspectos se entrelaçam com o desenvolvimento das sessões.

Com relação à a transferência institucional entre analisando e instituição fornecedora do serviço, Colosio e Fernandes (2014) relatam a necessidade de um esclarecimento já nos primeiros atendimentos sobre a hierarquia, horários, números de sessões e outras normas que regem o serviço e que são estabelecidas pela instituição de ensino e que se diferencia dos consultórios tradicio-

nais de psicanálise. Portanto, podemos colocar como um dos objetivos de um primeiro atendimento, justamente, o estabelecimento da transferência e o esclarecimento das normativas e condução de uma análise regida por parâmetros de uma instituição de ensino superior.

Um exemplo claro de normativa que diferencia a clínica escola e o consultório particular diz respeito às faltas toleradas no percurso do tratamento. Enquanto no setor privado as faltas são toleradas, pois parte-se da premissa que o sujeito investe financeiramente no tratamento, como também, o inconsciente se manifesta através dos sintomas e as faltas podem ser interpretadas como um produto do inconsciente. Na clínica escola há um limite de faltas estabelecidas nas normativas dos atendimentos, que o analista deve deixar claro desde o primeiro atendimento para evitar um desligamento compulsório do analisando. Em ambos os casos, no setor privado ou público, as faltas comprometem o andar das sessões, porém, no segundo caso, faltar pode significar o fim da análise.

Com relação à falta ou a não adesão do tratamento podemos resgatar em Freud (1996), mais precisamente em sua obra "Sobre o Início do Tratamento", o que o autor denominou de tratamento por experiência, ou também conhecido como entrevistas preliminares. O primeiro momento de uma análise corresponde ao que chamamos de acolhimento ou acolhimento estendido

na clínica escola. São os primeiros atendimentos, que o analista busca compreender a demanda do analisando e engaja-lo na mesma, visa estabelecer um compromisso com as sessões (FREUD, 1996). O início de uma análise se caracteriza pelas entrevistas preliminares e deve estar submetido tão igualmente às suas regras. O analista deve suscitar no analisando o desejo de querer escutar seu sintoma e inconsciente, bem como, o de ocupar um lugar na análise.

O primeiro momento de uma análise se destina aos questionamentos sobre as expectativas e a procura de um analista. Os propósitos e desejos em relação ao processo analítico. A resposta de saber lidar ou resolver seu conflito ou um sofrimento é ampliada e tema de investigação objetivando implicar o paciente em sua história, ou seja, que o paciente, já na primeira sessão, saía com a impressão de que não é apenas seu humor ou seus comportamentos que estão em jogo em uma análise, mas sim, seus fantasmas e as marcas que o constituí na vida adulta. Busca-se o encontro entre o analisando e um estranho familiar, que não lhe é alheio, mas um estranho que é antes de mais nada, parte dele mesmo.

Esse ato analítico no início dos atendimentos corroboram com os dizeres de Quinet (2009) sobre as funções das entrevistas preliminares, ou seja, a transformação do sintoma em sintoma analítico, na medida em que o analisando não deve apenas desejar se desvencilhar

do sintoma, mas sim, transforma-lo em uma demanda e endereça-la ao analista. O analisando, antes de mais nada, deve ser instigado a querer decifrar seu sintoma. Decifrar o indecifrável. Desta forma, Quinet (2009) defende que iniciar uma análise é questionar o sintoma e engajar-se com o mesmo.

Os atendimentos na clínica escola possibilitam ao acadêmico a construção de manejos clínicos para as entrevistas preliminares. A prática clínica no estágio permite vivenciar e reconhecer que um paciente que questiona seu sintoma após uma sessão, retorna para análise com engajamento e comprometimento com o tratamento e sua própria história. Assim como aqueles que não estão dispostos a questionar e se responsabilizar pela participação em seus próprios sofrimentos, tão pouco querem continuar em uma análise. Neste sentido, ressaltamos a importância das entrevistas preliminares e a possibilidade do paciente adentrar ao processo analítico que envolve uma disposição ao questionamento e a implicação.

Em relação a função das entrevistas preliminares e a condução de uma análise, cabe destacar o processo diagnóstico. Segundo Dor (1991), um diagnóstico em psicanálise, por mais desprezado que seja por parte de alguns analistas, é de suma importância para o andamento do processo analítico, na medida em que localizar o sujeito em uma estrutura clínica pode nortear o

trabalho do analista. Ainda de acordo com o autor, um diagnóstico exato somente pode ser alcançado com o andamento da análise, porém, nos primeiros encontros já é possível ter indícios dos caminhos e da condução da análise. Dor (1991) defende que a escuta é o melhor método de diagnóstico em psicanálise. Nesse sentido, os primeiros atendimentos se destinam a escuta do sujeito do inconsciente a partir da livre associação, ou seja, falar livremente, sem qualquer filtro ou moralidade. É o espaço da escuta do analista e da fala do analisando.

A relação entre engajamento no processo analítico, as faltas e diagnóstico se encontra em casos em que faltar não é cogitado pelo paciente, mas em contrapartida há sujeitos que, talvez devido a sua estrutura psíquica, a falta na sessão atua como um mecanismo ligado à sua neurose. A histérica, que demanda algo ou um lugar do analista, ao ter aquilo que é demandado já nos primeiros atendimentos, pode facilmente perder o interesse nas sessões. Assim como, o neurótico obsessivo que apresenta a economia como sintoma, ao facilitar e diminuir a necessidade de um investimento e comprometimento com a análise, pode facilmente e rapidamente desprezar o espaço analítico. O analista deve estar atento aos sintomas e repetições com intuito de intervir em mecanismos de defesa ou resistência dos pacientes. Desta forma, ressaltamos a importância de um diagnóstico estrutural como norteador na leitura dos casos, histórias e deman-

das de quem procura uma análise.

Por fim, o último eixo se refere ao dinheiro. O investimento monetário de um paciente em seu tratamento. Freud (1913/1996) ao abordar a questão do investimento financeiro chama atenção pare relação simbólica entre o dinheiro e a neurose do paciente. O dinheiro carrega um valor de caráter sexual e transferencial, uma relação entre investimento psíquico e financeiro no próprio tratamento. Quanto um sujeito está disposto a investir em seu processo analítico ou na escuta de suas repetições e inconsciente? Freud (1913/1996) alerta para os atendimentos gratuitos, pois tendem a aumentar as resistências dos neuróticos, tornando a análise sem valor e sem sentido.

Se o pagamento das sessões se associam ao investimento psíquico e o engajamento do paciente em seu tratamento, como manejar a questão financeira e a implicação do paciente em uma clínica-escola? Pois bem, eis um desafio. Retomamos as questões das entrevistas preliminares, fazer o analisando questionar seus enigmas e sintomas, como também, se responsabilizar pela participação em sua história. Na clínica escola não há cobrança em dinheiro, entretanto, uma cobrança em trabalho e presença. Desta forma, articulamos e acordamos uma troca simbólica, permeada por investimento em um serviço psicoterapêutico e consequentemente o paciente é conduzido ao ingresso em uma análise, bem como,

vislumbramos uma possível efetividade na condução do tratamento (ANGELI, 2017).

2 O método psicanalítico: associação livre e atenção flutuante

As duas regras fundamentais em uma análise consistem na atenção flutuante e associação livre. De acordo com Freud (1996), o analista não deve direcionar suas escuta ou atenção, tão pouco atender expectativas e desejos próprios ou manter-se preocupado com datas, eventos ou episódios relatados pelo analisando. Nesse sentido, assim como o paciente deve falar livremente, o analista tem seu papel de escutar livremente. Leclaire (2007) ressalta que a atenção flutuante é a postura fundamental do analista, pois a sua prática deve estar estritamente ligada ao discurso do analisante, na medida em que ele associa livremente e o analista se ocupa das lacunas do discurso, retendo seus tropeços na fala, sintomas, sonhos e chistes.

Na clínica escola, a atenção flutuante não difere da proposta freudiana. É certo que escutar livremente não é tarefa fácil ou simples, ainda mais quando se trata de um acadêmico em formação, onde há uma disposição maior e uma curiosidade em colocar em prática tudo aquilo que aprendeu em sala de aula. A prática revela o quanto dar atenção excessiva a algo específico é desne-

cessário, na medida em que as problemáticas do sujeito surgem constantemente no relato, porém, com formas e sintomas diferentes, basta o analista estar atento às brechas que esses discurso revela e se permitir escutar o inconsciente.

A associação livre rege o andamento da análise. É preciso que o paciente fale livremente, associe sem qualquer filtro ou seleção de material. A regra fundamental da psicanálise, a associação livre, é transmitida desde a primeira sessão (FREUD, 1996). “Nas sessões de análise falaremos daquilo que desejares, vamos falar daquilo que lhe ocorre me falar, porém, peço que não se acanhe em falar conteúdos que podem parecer desnecessário ou constrangedores, afinal, esse é um espaço destino para falar livremente”. Ao comunicar essa frase ao paciente, iniciamos o convite à associação livre e apostamos em uma transferência ao ofertar um espaço de escuta. Só é possível falar aquele que escuta, dito de outro modo, desde que o analista se mostre disposto a uma escuta liberta da moralidade e preconceitos.

Cabe ainda destacar o papel fundamental da transferência em todo processo psicanalítico. A transferência é o que possibilita pensarmos em uma análise, diagnóstico, implicação, demanda, investimento no tratamento e a associação livre. Segundo Freud (1996) é pela transferência que o analisando expressa para o analista seus complexos inconscientes, na medida em que a transfe-

rência serve como uma forma de "facilitar as confissões ao médico". Portanto, estar em transferência é estar em sintonia com o analista, confiar-lhe aquilo que há de mais importante em uma análise: seus complexos manifestos sob a forma de sintoma.

A transferência apesar de promover uma análise e garantir o sucesso de um processo terapêutico tornar-se um poderoso elemento da resistência. Neste sentido, é necessário escuta e manejo clínico do lugar transferencial que ocupa o analista nas fantasias e discurso do analisando (FREUD, 1996).

Na clínica escola também ocorre uma dinâmica transferencial. As primeiras sessões ou entrevistas preliminares são os primeiros passos rumo à construção de uma transferência. Colocar-se em um lugar onde a fala do analisando é fundamental, além de acolhedor é o início do trabalho clínico pautado na transferência. Ao pedir para os pacientes falarem de seus anseios, medos, fantasias e desejos, se disponibiliza um espaço de escuta para o sofrimentos que mobilizam um pedido de auxílio. Nesse sentido, a transferência impulsiona a análise, pois quem falaria de si e de sua história para alguém que não deseja escutar?

A vivência na clínica escola permite a experimentação da transferência, em cada laço transferencial se ocupa um lugar diferente, seja ele de pai, irmão, mãe ou qualquer outra figura que o paciente está disposto a

considerar como um sujeito suposto saber. O paciente mobilizado pela transferência recorda de seu passado e narra ao seu amado analista, entretanto, ao se aproximar de conteúdo recalcados a transferência se torna uma resistência.

Freud (1996), ao falar da resistência ligada à transferência, ressalta que os impulsos inconscientes, bem como as recordações traumáticas, resistem à recordação e a consciência, colocando assim a transferência como uma das armas mais fortes ao tratamento, o analisando resiste em falar ao amado analista sobre seus complexos. Nesse sentido, a posição que o analista ocupa na transferência é fundamental em uma análise, na medida em que viabiliza um laço transferencial e a associação livre, porém, o desenvolvimento da transferência esbarra em resistências. Desta forma, ressalta-se o trabalho analista em manejar as resistências objetivando promover um análise.

Em relação à prática clínica psicanalítica nas clinicas escolas, cabe destacar que os conceitos teóricos da psicanálise estão à disposição do psicanalista em qualquer contexto de atuação, inclusive o acadêmico. É necessário (re) pensar as práticas clínicas e os elementos da contemporaneidade no discurso do paciente e no fazer do analista. A clínica escola pode ser compreendida como um campo viável da prática psicanalítica, bem como, um meio de reinventar a psicanálise e a formação de novos psicanalistas.

REFERÊNCIAS

ANGELI, Gustavo. Pode-se Praticar a Psicanálise na Clínica Escola? In: ANGELI, Gustavo; BONFIGLIO, Simoni Urnau (Orgs.). **Desafios e Possibilidades na Clínica Escola:** Alinhando Teoria e Prática. Brusque: Editora UNIFEBE, 2017. p. 25-34.

COLOSIO, Robson; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. Vínculo e instituição como temas básicos da abordagem psicanalítica na formação e no trabalho do psicólogo em instituições públicas. **Psicologia USP,** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 284-293, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0284.pdf> Acesso em: Abr. 2018.

DOR, Joël. **Estruturas e clínica psicanalítica.** Rio de Janeiro: Taurus, 1991.

FREUD, S. A dinâmica da transferência In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. (V. 12).

FREUD, S. Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades? In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (V. 14).

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Vol.12).

FREUD, S. Sobre o início do tratamento In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. (V. 12).

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o Inconsciente.** 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

LECLAIRE, Serge. **Psicanalisar**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

QUINET, Antonio. **As 4+1 condições da análise.** 12. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

UNIFEBE – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRUSQUE. **UNIFEBE inaugura bloco voltado a prática e ao atendimento a comunidade.** Brusque, 2015. Disponível em: <http://www.unifebe.edu.br/site/noticia/unifebe-inaugura-bloco-e-voltado-a-pratica-e-ao-atendimento-a-comunidade> Acesso em: Abr. 2018.

SUICÍDIO: panorama sociodemográfico e aspectos psicológicos sob o enfoque psicanalítico

Bruna Adames
Gustavo Angeli

6

A palavra suicida é conhecida desde o século XVII. Suas múltiplas conceituações costumam conter uma ideia central, mais evidente, associada ao gesto de por fim a própria vida, e ideias periféricas, relacionadas à motivação, intencionalidade e letalidade (BOTEGA, 2015). Denomina-se suicídio todo caso de morte resultante direita ou indiretamente de um ato realizado pela própria vítima, que tinha conhecimento acerca do resultado. Já quando há intencionalidade de pôr fim a vida, contudo, o fato não se concretiza, o ato é descrito como 'tentativa de suicídio' (DURKHEIN, 2014).

O suicídio é entendido como um fenômeno multidimensional, consequência da interação de distintos

fatores, desde os sociais e ambientais aos biológicos e fisiológicos (OMS, 2000), desta forma, encontramos significados diversos que variam de acordo com a subjetividade de cada indivíduo (FREITAS, 2013).

No cenário brasileiro, os dados correspondentes as mortes por suicídio se caracterizam como "causas extremas", englobando as lesões intencionais (suicídio, homicídio, agressões físicas, etc.) e as não intencionais (afogamentos, quedas, acidentes de trabalho, etc.). Estes dados podem ser encontrados junto ao Ministério da Saúde no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Dado a complexidade deste fenômeno, Cassorla (1991) corrobora ao mencionar que em geral o que se nomeia de 'causa' é nada mais que o elo final de uma cadeia de fatores. Tendo como referência o suicídio e a sociedade atual, o presente capítulo aborda, por meio de uma revisão narrativa, aspectos acerca da magnitude do suicídio, assim como, a intervenção clínica por meio da escuta de orientação psicanalítica. Objetiva-se, portanto, promover reflexões aos profissionais envolvidos com essa demanda e/ou aos demais interessados na temática.

Desta forma, será apresentado um panorama do suicídio no mundo e especificamente no Brasil, dados sociodemográficos, faixas etárias e os sexos; as nuances entre ideação, tentativa e os métodos utilizados; fatores de risco e de proteção; e por fim, a intervenção psicoló-

gica sob o enfoque psicanalítico, método de prevenção e atuação diante deste fenômeno.

1 Panorama sociodemográfico acerca do suicídio

Como visto anteriormente, o suicídio pode ser caracterizado como o gesto humano de acarretar o término da própria vida (BRASIL, 2009). Conforme estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizadas para o ano de 2012, a taxa de suicídio foi de 800 mil mortes, ou seja, em algum lugar do mundo, um suicídio ocorre a cada 45 segundos, ou de um contingente de mais de duas mil pessoas que põe fim à vida diariamente. Em termos globais o suicídio é a causa de 1,4% do total de mortes. Segundo Botega (2015), os índices alteram de país para país, contudo, nos países onde a população tem baixa ou média renda que sucedem 75% dos suicídios nos dias de hoje.

No que se refere ao coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil, este pode ser encarado como relativamente baixo, se equiparado ao de outros países. Apesar disso, por sermos um país populoso, preenchemos o oitavo lugar entre os que registram os maiores números de óbitos por suicídio (MARIÁ-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012). De acordo com os estudos realizados por Freitas (2013) e Mariá-Leon, Oleiveira e Botega (2012), entre as regiões do Brasil, as maiores aglutinações em

números absolutos de suicídios são encontradas na região Sul, no estado do Rio Grande do Sul, seguida da região Centro-Oeste, no estado do Mato Grosso do Sul.

Quanto aos dados referentes ao perfil etário dos suicídios no Brasil, em um estudo realizado por Minayo (2005), entre os anos de 1998 a 2008, observou-se que até os dez anos de idade, o suicídio quase não se faz presente, entretanto amplia-se até alcançar o seu ápice entre 20 e 35 anos e diminui progressivamente, em números absolutos. Durkhein (2014) considera maior o risco de suicídio por volta dos trinta anos de idade. Os autores supracitados destacam que a idade tem sido um índice significativo para a epidemiologia do suicídio e, consequentemente, para se pensar em medidas e práticas de prevenção e promoção de saúde.

Quanto ao perfil relativo ao sexo dos indivíduos, na maioria dos países, as taxas de mortalidade por suicídio são de três a quatro vezes maiores entre homens. No Brasil, 79% dos casos de suicídios são praticados por homens (MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003). Carvalho (1996) afirma que as mulheres apresentam maiores tentativas de suicídio, utilizam métodos menos agressivos ou violentos, especialmente o autoenvenenamento e o consumo excedente de medicamentos, já os homens, tendem a fazer uso de métodos mais drásticos e fatais, como por exemplo, arma de fogo, enforcamento, atirar-se de edifícios ou montanhas, o que justifica sua maior mortalidade.

No tocante as tentativas de suicídio, se faz necessário compreender as nuances entre ideação, tentativa e métodos. Tendo em vista, que a complexidade e especificidades que compõe o modo de agir, propiciará reflexões acerca da intervenção dos profissionais da saúde, especialmente psicólogos.

2 As nuances entre ideação, tentativa e métodos de suicídio

Vulgarmente, entende-se o suicídio como um ato desesperado de um sujeito que já não quer mais viver, ou ainda, que a condição de vida ideal considerada pelo sujeito é impossível de se alcançar (BOTEGA, 2015). A ideação suicida ou ideias suicidas caracterizam-se pelo pensamento de matar-se, independentemente da intensidade ou do grau de elaboração do indivíduo (DURKHEIN, 2014). O conceito de ideação suicida abrange nuances: desde breves pensamentos relacionados ao valor da vida e a falta de investimento ou a ausência de sentido do viver, até preocupações intensas sobre por que viver ou morrer (BOTEGA, 2015).

As tentativas de suicido são atos executados por sujeitos que almejam pôr fim a sua vida, mas o resultado não é a morte (KRUG et al., 2002). Acerca das incidências das tentativas de suicídio, Kutcher e Chehil (2007) e informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006)

apontam em suas pesquisas que inexistem registros sistemáticos das tentativas de suicídio.

Assim, os dados são escassos e pouco confiáveis, entretanto, há a estimativa de que o número de tentativas de suicídio exceda o número de suicídios de 10 a 20 vezes. De acordo com Minayo (2005), os números reais de tentativas de suicídio são maiores que os notificados oficialmente, afirmação que encontra concordância entre os pesquisadores brasileiros. Ressalta-se ainda, o quão importante é distinguir a tentativa de suicídio de outros comportamentos autodestrutivos, em que não há a intenção de colocar fim à própria vida (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

No que concerne a escolha dos métodos na tentativa de suicídio ou ato consumado, dar-se-á por meio de uma combinação de fatores, como por exemplo, as predileções individuais, culturais, acesso a meios letais, intenção subjacente ao ato autoagressivo (BOTEGA, 2015). Sá e colaboradores (2010) observaram em suas pesquisas que, de modo geral, o envenenamento intencional foi o principal meio empregado para a tentativa de suicídio e em seguida ferimento por objeto cortante.

Botega (2015, p. 35) na tentativa de desconstrução de paradigmas em relação ao suicídio, aponta algumas crenças errôneas acerca da temática:

> 1. Se eu perguntar sobre o suicídio, poderei induzir o paciente a isso.

2. Ele está ameaçando se suicidar apenas para manipular.
3. Quem quer se mata, se mata mesmo.
4. O suicídio só ocorre quando há uma doença mental.
5. No lugar dele, eu também me mataria.
6. Veja se mata é bem diferente de quem apenas tenta.
7. Uma vez suicida, sempre suicida.

Neste sentido, diante da complexidade e das especificidades da temática suicídio, é necessário refletir sobre crenças e preconceitos que emergem na sociedade e refletem na atuação dos profissionais de saúde. As crenças apresentadas podem contribuir no direcionamento e o modo de agir no exercício profissional, na criação de políticas públicas de saúde e de educação.

3 Fatores de risco e proteção associados ao suicídio

Existem condições ou situações que predispõe a maior ou menor intensidade do comportamento suicida (FREITAS, 2013). No Brasil, foi instaurada no ano de 2006, a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que agrupa uma série de ações cujo objetivo é o de reduzir as taxas de suicídio e os danos relacionados ao comportamento suicida (BRASIL, 2006). Assim sendo, faz-se importante explicitar os fatores de risco e de proteção. De acordo com Botega (2015), designa-se grupo de risco um conjunto de indivíduos que, por exibirem

atributos específicos, ou dito de outra forma, por terem sido expostos a circunstâncias (fatores de riscos), passam a ter maior chances de ter ideação, tentativa ou vir a consumar o ato suicida.

De modo geral, os fatores de risco associados ao suicídio são apontados por meio de indicadores sociodemográficos, psicossociais e clínicos (BERTOLETE et al, 2010). Estima-se que o risco do ato suicida entre as pessoas que estiverem classificadas como pacientes em clínicas psiquiatras ou hospitais gerais é três vezes maior do que quando comparada a população geral (BORTEGA, 2015). Dentre as condições clínicas, a existência de transtornos mentais é um dos mais relevantes fatores de risco.

Dados da Organização Mundial da Saúde denotam um predomínio total de transtornos mentais de 80 a 100% em casos de suicídios (OMS, 2000). Aceca dos transtornos mais frequentes estão: transtornos do humor (ex.: episódio depressivo maior); transtornos de ansiedade; transtornos relacionados ao uso de substâncias (ex.: dependência de álcool); transtornos de personalidade (principalmente *borderline*, antissocial e narcisista); e a esquizofrenia (BRASIL, 2006). Sabe-se ainda, que a presença de comorbidade é um real potencializador de riscos ao comportamento suicida, como por exemplo, o indivíduo com episódio depressivo que faz uso abusivo de álcool, ou que apresente um transtorno de personali-

dade somado a outro transtorno mental (OMS, 2000).

Botega (2015) e a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) indicam alguns fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais: sexo masculino; adultos jovens (19-49 anos) e idosos; grupos étnicos minoritários; e psicossociais: abuso físico ou sexual; perda ou separação dos pais na infância; instabilidade familiar; isolamento social; perda afetiva recente; violência doméstica, conjugal ou intrafamiliar; desesperança e desamparo; baixa autoestima; baixa resiliência; falta de adesão ao tratamento psicoterápico ou farmacológico, especialmente em casos de transtorno mentais; histórico de vida permeados por traumas psicológicos; situações adversas e estressantes; datas importantes (como datas de aniversários, festivas, etc); e personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade e labilidade do humor.

Bertolate e colaboradores (2010) acrescentam ainda, como fator de risco, pessoas com tentativas anteriores e histórico familiar de suicídio. Os fatores de risco não devem ser entendidos como determinantes, como uma relação de causa e efeito, ao contrário, são observados e investigados como método de prevenção.

Os dados acerca dos fatores de proteção disponíveis na literatura ainda são escassos. Contudo, alguns fatores têm exibido respostas significativas, como por exemplo: inexistência de doença mental, positiva rela-

ção terapêutica, capacidade de adaptação e resiliência acerca de situações de estresse, luto ou tristeza, rede de apoio familiar e/ou social, gestação, ter filho(s), religiosidade, exercer funções laborais, alimentação adequada, habilidades sociais e bom relacionamento interpessoal (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

Para além destes, Minayo (2005, p. 229) aponta:

> [...] assistência médica que propicie cuidados clínicos efetivos e apropriados às pessoas que apresentam sinais físicos e de abuso de substâncias; facilitação de acesso à variedade de intervenções clínicas e de suporte prestado pelos serviços de autoajuda; restrição de acesso aos métodos de suicídio mais letais; suporte à família e à comunidade para que se tornem parte do apoio para os que mantêm ideação ou tentam suicídio; priorização e suporte aos serviços que cuidam da saúde física e mental das pessoas em risco de suicídio e tratamento que tenha como parte constitutiva o desenvolvimento de habilidades na solução de problemas, resolução de conflitos e de disputas de forma não violenta.

Levando em consideração a gravidade das consequências de uma ideação, tentativa e o próprio suicídio, como exposto anteriormente, detectar os fatores que auxiliam para aumentar ou diminuir o risco de suicídio permite profissionais a estimarem riscos e, desse modo, contribui na elaboração de estratégias de prevenção, promoção e acompanhamento dos casos e do sofrimento psíquico.

Cabe destacar, a singularidade e a escuta de um

sujeito e sua história. “Os fatores de risco e proteção não devem ser vistos isoladamente, e sim de forma agregada e no contexto da experiência do paciente” (KUTCHER; CHEHIL, 2007, p.20). Em outras palavras, é importante entender como o sujeito que tentou suicídio se insere nos múltiplos e distintos cenários que fazem parte de sua vida e como interage ou vivência suas relações, possibilitando assim, identificar os fatores de risco ou de proteção e planejar intervenções e encaminhamentos adequados (MÂNGIA; MURAMOTO, 2007).

4 Aspectos psicológicos: intervenção clínica sob o enfoque psicanalítico

Dentre os aspectos psicológicos existentes em pessoas que realizam a tentativa de suicídio, três requerem destaque: ambiguidade, impulsividade e a rigidez. Entende-se a ambiguidade como sendo o conflito interno entre o desejo de viver e o de morrer, ou seja, a incerteza sobre seus pensamentos e ações; de morrer e ao mesmo tempo de ser resgatado ou salvo do sofrimento que lhe habita. A impulsividade, por sua vez, é a ação por impulso que leva a pessoa a consumar o suicídio (BERTOLOTE et al, 2010). E por fim, a rigidez, cujo pensamento predominante é o de tudo ou nada, que impossibilita a pessoa de enxergar novas formas de resolver seus conflitos que não seja pelo suicídio, não en-

contrando, portanto, outra possibilidade de agir acerca de seus sofrimentos e conflitos relacionados ao mundo interno e externo (BRASIL, 2006).

Para explicar a expressão do sujeito acerca do seu sofrimento e do conflito psíquico, Martins Borges, Mayoca e Livramento (2012), utilizam o conceito de passagem ao ato. Com base na perspectiva psicanalítica, entende-se a passagem ao ato como a expressão contundente do conflito psíquico, do que não consegue ser expressado por meio da fala ou somatizações. Dessa forma, ao invés de elaborar ou somatizar no corpo, o indivíduo atua.

Assim, falar de passagem ao ato suicida, é caracterizar a expressão do sofrimento e do conflito psíquico, quando o sujeito expressa por meio do ato, o que não consegue traduzir por meio da palavra, ou ainda, por meio de somatizações. Um excesso que transborda, o conteúdo interno que não encontrou outra saída que a morte. Por vezes, caracteriza-se por ser transitório e pode ser eliciado por fatores estressores do dia-a-dia que conduzem o indivíduo às tentativas.

Diante dos conteúdos traumáticos, ou seja, dos elementos que não são passiveis de uma elaboração pelo psiquismo e da condição de desamparo, da impossibilidade de reconhecer referencias simbólicas e possibilitar uma tradução para o sofrimento vivenciado, encontramos a passagem ao ato. Neste sentido, a psicanálise pro-

põe um espaço de escuta, um olhar singular para história do sujeito, o convite a transformar o horror em narrativa.

É na possibilidade da repetição da história e a construção de uma narrativa endereçada ao outro que a psicanálise aposta na elaboração do sofrimento, dos restos e das marcas indizíveis de um sujeito. A ancoragem do paciente, a tolerância e o manejo com a ambivalência em relação a vida, a possibilidade de construção de um novo destino para o sofrimento e os conteúdos psíquicos intoleráveis são elementos que compõe o trabalho de um psicólogo diante da crise suicida.

A escuta psicanalítica suporta as angustias permeadas por uma ideação mortífera, tendo em vista, a importância e os efeitos de um espaço livre de julgamentos ou preconceito. O acolhimento e a escuta permitem a destradução e elaboração da história do sujeito, como também, o tecimento de narrativas em torno do sofrimento. Desta forma, vislumbra-se a construção de um novo posicionamento psíquico. As elaborações de uma análise possibilitam a construção de um sentido ao traumático, a criação e a possibilidade de narrar opera como forma de minimizar o sofrimento. Um processo que não é possível ser pensando sem angustias ou desprazeres, entretanto, permite que o sujeite construa novas perspectivas de si e de sua história, um novo olhar para o futuro testemunhado pelo analista (RODRIGUES; MARTINEZ, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento à pessoa que tenta pôr fim a própria vida não é uma tarefa simples. Ao longo desse capítulo foi apresentado aspectos pertinentes acerca do panorama sociodemográfico, assim como, os aspectos psicológicos implicados nesta temática. Na tentativa de elucidar o fenômeno, utilizou-se como diretriz epistemológica o conceito de passagem ao ato, instante subjetivo no qual, ao invés da palavra ou do corpo como modo de elaboração do conflito psíquico, o indivíduo age, atua. O atuar, no caso do suicídio, busca pôr um fim ao sofrimento colocando um fim à própria vida.

Por meio desta breve revisão narrativa de literatura, foi possível perceber que os significados atribuídos ao fenômeno suicídio no cenário atual são amplamente influenciados pelas explicações que perpassam o senso-comum, crenças errôneas que por sua vez, dificultam o modo de pensar e de agir de muitos dos profissionais envolvidos. Desta forma, ressalta-se a necessidade de formação e diálogo entre os profissionais, objetivando a criação de dispositivos e ações que possibilitem a prevenção do suicídio e promoção de saúde. Por fim, os dados deste estudo agregam a tônica do conhecimento existente, bem como possibilitam reflexões para que outras pesquisas possam vir a ser contempladas.

REFERÊNCIAS

BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C. de; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, p. 87-95, 2010. Disponível em: < http2//www.scielo.br/scieLo.php?pid=S151644420100006000005&script=sci_arttext>. Acesso em 15 mai. 2018.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida:** avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica**, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio:** manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Unicamp, 2006.

CARVALHO, M. M. M. J de. Suicídio – a morte de si próprio. In: BROMBERG, M. H et al. **Vida e morte:** laços de existência. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 1996.

CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio:** estudos brasileiros. São Paulo: Papirus, 1991.

DURKHEIN, E. **O Suicídio:** estudos de Sociologia. São Paulo: Edipro, 2014.

FREITAS, A. P. A. **"Da sua vida cuido eu!" Os significados das tentativas de suicídio para profissionais de saúde.** Dissertação de Mestrado – Curso de Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/123155>. Acesso em: 10 mai. 2018.

KRUG, E. G. et al. (Orgs.). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002. Disponível em: < https://www.opas.org.br/relatorio--mundial-sobre-violencia-e-saude/>. Acesso em: 11 mai. 2018.

KUTCHER, S.; CHEHIL, S. **Manejo do Risco de Suicídio.** Um manual para profissionais de saúde. São Paulo: Lundbeck Brasil Ltda, 2007.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 18, n. 2, pp. 54- 62, 2007. Disponível em: < http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14007>. Acesso em: 10 mai. 2018.

MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Revista Saúde Pública**. 2003, v. 37, n. 3, p.357-63. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000300015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 mai. 2018.

MARIÁ-LÉON, L.; OLIVEIRA, H. B.; BOTEGA, N. J. Suicide in Brazil 2004-2010: the importance os small counties. **Rev. Panam Salud Publica**. 2012, v. 32(05). Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23338692>. Acesso em: 11 mai. 2018.

MARTINS-BORGES, L.; MAYORCA, D. S.; LIVRAMENTO, M. da S. Atendimento psicológico em situações de violência conjugal. In: Zurba, M. do C. (org). **Psicologia e saúde coletiva.** Florianópolis, SC: Tribo da Ilha, 2012.

MINAYO, M. C. de S. (2005). Suicídio: violência auto-inflingida. In: Brasil. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.** Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio:** um manual para médicos clínicos gerais. Tradução para o português: Juliano dos Santos Souza e Neury José Botega. Genebra: OMS, 2000.

RODRIGUES, G.; MARTINEZ, V.C.V. A narrativa testemunhal e o enredamento do traumático no psiquismo. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, 17 (4), 858-871, 2014.

SÁ, N. N. Bandeira et al. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. **Rev Med Minas Gerais.** v. 20, n. 2, p. 145-152, 2010. Disponível em: < http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=553638&indexSearch=ID>. Acesso em: 09 mai. 2018.

PARTE 2

PERSPECTIVA ANALÍTICA

JORNADA DO HERÓI E A TRANSFORMAÇÃO DO FEMININO: UMA ANÁLISE DO FILME 'ALICE NO PAÍS DAS MARAVILHAS'

7

Ritiele Maria Zen
Grasiele Rosvadoski da Silva

Os contos de fada são histórias que perpassam gerações, ou seja, são conteúdos do inconsciente coletivo, os arquétipos. Isto significa que o tema central que contos de fada carregam são considerados temas atuais, independente do passar das décadas (PAULA, 2008).

O conto Alice no país das maravilhas, foi criado por Lewis Carrol, no ano de 1865. Sendo que passou por diversas adaptações, o clássico é compartilhado até os dias atuais. A versão do cineasta Tim Burton, da Walt Disney, é considerada a mais conhecida na atualidade (EUGÊNIO; TAVARES). Este é um filme no qual se ilustra a jornada interior de Alice. No início, de maneira breve, vê-se uma pequena Alice, relatando para o

pai sobre seu recorrente pesadelo com coelhos e Chapeleiros Loucos. Logo em seguida, a personagem aparece com aproximadamente 19 anos, em direção a uma festa junto com sua mãe. Posteriormente, descobre ser uma comemoração em que será pedida em casamento pelo seu pretendente arranjado (ALICE NO PAÍS DAS MARAVILHAS, 2010).

Alice agora é uma jovem que precisa tomar decisões. No contexto em que vive, há forte influência social com relação à forma com que as mulheres devem comportar-se. Muitas atitudes lhes são incumbidas, como por exemplo, o casamento arranjado. No momento em que é pedida em casamento, Alice visualiza um coelho branco vestido de colete. Ao seguir o mesmo, cai num buraco e chega ao país das maravilhas. Estando ali, ela percorre uma jornada que fará com que, retorne transformada ao 'mundo real' (ALICE NO PAÍS DAS MARAVILHAS, 2010).

Trazendo o filme para a ótica da psicologia analítica, o caminho percorrido por Alice é representado como sendo a jornada do herói. O herói é aquele que vai à luta e supera seus limites, em busca de algo maior (CAMPBELL, 2016). Nesta jornada, algumas estruturas psíquicas se fazem presentes, como o inconsciente coletivo e os arquétipos, tais como: sombra, animus, *self*; também sobre a consciência, ego e persona. Estes conceitos podem ser identificados na trajetória percorrida

por Alice no decorrer do filme. Concomitantemente à jornada do herói, ocorre a transformação do feminino, ou seja, evidencia-se um resgate das subjetividades femininas, que apesar de serem características da mulher, por vezes, são esquecidas (CAMPBELL, 2016; RIBEIRO, 2008).

Dado o exposto, a hipótese desta pesquisa parte de que a partir da interpretação do filme 'Alice no país das maravilhas' seja possível uma maior compreensão, tanto da jornada do herói, quanto do feminino na sociedade contemporânea. Porém, compreende-se que os contos e os mitos não abarcam somente uma compreensão acerca de um determinado povo, em um determinado momento da história, mas sim, contam sobre a contemporaneidade (SILVA, 2014). Portanto, a presente pesquisa possui relevância social à medida que traz subsídios para a reflexão sobre a necessidade de identificar, analisar e discutir a representação do conto 'Alice no país das maravilhas' na busca de maior valorização e reintegração da subjetividade feminina na atualidade.

Com relação à sua relevância científica, é necessário destacar que, utilizando o parâmetro linguístico português, buscou-se identificar as produções bibliográficas que contemplam a presente temática e verificou-se a escassez de produções atuais a respeito da área. Diante disso, a presente pesquisa bibliográfica busca responder a seguinte questão norteadora: "Qual a contribuição do

filme ‘Alice no país das maravilhas’ para a compreensão da jornada do herói e a transformação do feminino para a mulher contemporânea?”. Para isso, serão articuladas produções científicas que deem significação à hipótese desse estudo e que nortearam o estabelecimento dos métodos utilizados.

1 Psicologia analítica e os contos de fadas

Em todas as etapas da vida do ser humano, mitos e contos de fada estão relacionados, independente do passar das gerações. Por meio dos contos de fada e da sua simbologia, é possível compreender as “linhas básicas do destino humano, a evolução pela qual todos os indivíduos devem passar” (BRUNI, 2016, p. 11).

Os contos de fada caracterizam-se como uma base humana para todos os indivíduos de diferentes culturas e épocas. Estes, possuem significados psicológicos que se identificam a partir dos símbolos (VON FRANZ, 2016a). De acordo com Bonaventure (2008, p. 123),

> crescer é viver seu destino, nos dizem os contos, passar por momentos de conflitos externos e internos, perdas e confrontos difíceis; mas no fim acaba-se encontrando o tesouro que enriquece o resto da vida.

Ou seja, por meio dos contos de fada, é possível que o sujeito visualize de maneira simbólica, o ca-

minho a ser percorrido, auxiliando-os a identificarem o que ainda precisa ser feito. Desta forma, os contos de fada representam uma ferramenta capaz de proporcionar uma "direção simbólica e um conteúdo cheio de sentido" (BRUNI, 2016, p. 11) ao indivíduo, bem como, oferecem uma clara imagem das estruturas psíquicas do mesmo (BRUNI, 2016).

Nos contos é possível identificarmos os processos psíquicos do inconsciente coletivo, sendo estes um dos seus principais materiais. Os contos de fada são a forma mais "simples, plena e concisa" (VON FRANZ, 2016a, p. 9) dos arquétipos, portanto, a partir destes é possível a compreensão dos processos psíquicos que ocorrem no inconsciente coletivo, como por exemplo, a subjetividade feminina.

2 O inconsciente coletivo e os arquétipos

Para Jung, o ser humano não vem ao mundo como uma folha em branco, ele já nasce com o inconsciente coletivo (ROTH, 2012). O desenvolvimento do indivíduo acontece apoiado à base do inconsciente coletivo e arquétipos para poder se desenvolver e amadurecer. Esta por sua vez, é formada a partir da história da própria humanidade e episódios desde o início da existência humana, que segundo Jung, não se perdem no tempo, mas se constituem. As vivências dos antepassados

continuam vivas e se atualizam com o passar dos anos. Estas podem ser revividas, porque sedimentam-se no inconsciente, formando as estruturas arquetípicas (ROTH, 2012).

A partir da concepção de inconsciente coletivo, Jung argumenta que, além dos conteúdos adquiridos por nossa experiência pessoal, existe um campo mais profundo da psique humana, entendido a princípio como sede dos arquétipos (ROTH, 2012), também titulado por "imagens primordiais" ou "arcaicas" no início de seus estudos. Os arquétipos não podem ser considerados "imagens prontas" que se encontram no inconsciente coletivo, mas sim "instâncias com 'capacidade' de produzir, de maneira significativa, imagens e símbolos e assim torná-los acessíveis a consciência" (ROTH, 2012, p. 198). Quando conscientes e percebidos, os arquétipos modificam-se assumindo matrizes que variam de acordo com o consciente individual, no qual pode-se manifestar como fantasias, sonhos, delírios e alucinações (ROTH, 2012).

Baseado nos estudos de Jung e Roth (2012, p. 119) cita que

> [...] Os arquétipos podem ser considerados como dominantes pontos principais de temas ou como ideias básicas que devem sua origem a uma constante repetição de experiências essenciais da vida.

Ou seja, denomina-se arquétipo, mitos ou contos da literatura mundial que por repetidas vezes são revividas pela experiência humana (BURGO, 2010; ROTH, 2012). Os arquétipos têm sua origem em uma forma irrepresentável, inconsciente e preexistente, bem como pertencente a uma estrutura hereditária da psique que podem manifestar-se em quaisquer lugares (ROTH, 2012). A partir da concepção de uma necessidade humana primitiva de representação simbólica, é possível reconhecer diversas semelhanças nas culturas, por mais que estas diferenciem-se (ROTH, 2012).

3 O feminino

Para a psicologia analítica, as deusas são representadas por arquétipos femininos, os quais são possíveis de serem identificados em todas as mulheres, como também em sonhos, imagens artísticas e também culturais (RIBEIRO, 2008). Ou seja, os arquétipos das deusas referem-se a sentimentos e pensamentos do feminino em si.

Os arquétipos femininos estão embasados nas deusas gregas tais como Atenas, Deméter, Ártemis, Héstia, Hera, Perséfone e Afrodite; bem como Diana, Minerva, Vesta, Juno, Ceres, Coré e Vênus pelos romanos. Cada Deusa é diferente da outra, da mesma maneira que as mulheres são diferentes umas das outras, tendo

suas características tanto positivas, quanto negativas. O mito de cada uma destas deusas torna-se relevantes para a mulher atual pois servem como metáforas para suas vidas, bem como, encontram-se presentes no íntimo destas mulheres contemporâneas. Ou seja, as deusas influenciam na personalidade da mulher atual, seus comportamentos e sentimentos (CORDEIRO; STRANKI, 2017).

Este feminino representa, de acordo com Ribeiro (2008, p. 110):

> tudo o que pensamos com criatividade e inspiração, tudo o que acalentamos, que amamentamos, que gostamos, toda a paixão, desejo e sexualidade, tudo o que nos impele à união, à coesão social, à comunhão, e à proximidade humana, todas as alianças e fusões, e também todos os impulsos de absorver, destruir, reproduzir e duplicar, pertencem ao arquétipo feminino.

Contudo, a subjetividade feminina, seja na antiguidade, seja nos dias atuais, por vezes, é deixada de lado. As mulheres negam sua própria natureza, até mesmo sem dar-se conta e acabam vivendo um falso eu, que é construído a partir da busca de aceitação social e por conta disso, acabam por negar seus valores femininos e adotando os masculinos (PAULA, 2008).

O olhar direcionado para a mulher na sociedade, com o passar dos anos, deu-se de diferentes maneiras. No início dos tempos, o feminino era valorizado, liga-

do à adoração da grande deusa. Posteriormente, na era patriarcal, a mulher foi deixada como 'segundo plano', época em que não foi possível que ocorresse o desenvolvimento do feminino, sendo a mulher vista apenas como procriadora, com o foco na manutenção da espécie. Na sequência, todo esse feminino reprimido na era patriarcal, veio à tona por meio de movimentos feministas, os quais objetivam a reintegração deste feminino no meio social a que fazem parte. No entanto, a busca direcionava à igualação da mulher ao homem e não na valorização do feminino. Atualmente, identifica-se que as mulheres se encontram em busca de maior valorização e reintegração do feminino, tanto no individual quanto de maneira social (PAULA, 2008).

Conforme salienta Paula, (2008, p. 22)

> a mulher, cabe descobrir e expressar sua capacidade ativa, iniciadora e transformadora, aceitando a diferença da natureza delas com relação aos homens. É aceitar e valorizar a interiorização, estar aberta a dores, feridas, feiúra, assim como, à alegria e beleza.

Esta busca do feminino, relaciona-se ao processo da jornada do herói.

4 Jornada do herói

Da mesma maneira que os contos de fada, os mitos também auxiliam a humanidade na compreensão do mundo. O conceito Jornada do herói surgiu por meio de Joseph Campbell em seu livro o herói de mil faces. Esta jornada é caracterizada por doze etapas as quais o sujeito precisa percorrer para transformar-se num herói. Ou seja, o indivíduo que percorre esta etapa, seja ele homem ou mulher, é um alguém que

> vence as suas limitações pessoais, locais, e/ou profissionais e tem a forma humana, para se considerar a experiência válida. O modo como o herói vê o mundo está baseado em aspectos da sua vida e da sua maneira de pensar" (CAMPBELL, 1989, p. 28).

O herói é o indivíduo que vem de uma realidade tradicional, mas que após vivenciar a jornada, rompe padrões, "mostra novas realidades para a comunidade que vive". (CAMPBELL, 1997, p. 18). Joseph Campbell (1989), ao descrever a jornada do herói, afirma que mesmo que hajam divergências entre as culturas, ou seja, mesmo que o herói tenha a cara da sua sociedade original, o seu significado e a sua representação são sempre as mesmas. A jornada é a mesma e todos os mitos fazem relação com a psique. Para Campbell (2016), a jornada do herói é dividida em três grandes etapas: 1. A partida,

2. A iniciação e 3. O retorno.

Dentro da primeira etapa, a qual representa o momento em que o herói esta adentrando a aventura da jornada. Na iniciação é quando o herói já vem sendo transformado, ele está em processo de renascimento. E o retorno é quando o herói passou pelas provações e transformações e então, volta ao mundo comum, de onde havia saído para percorrer a jornada, mas ele volta com o conhecimento e experiência adquiridos no processo, volta transformado (CORDEIRO; STANCKI, 2017).

Diante destas três grandes etapas, ocorrem 12 subetapas, as quais o herói precisa passar, que são elas:

> 1.O mundo comum; 2. O chamado da aventura; 3. Recusa do chamado; 4. Palavra do mentor; 5. Travessia do limiar; 6. Aliados e inimigos; 7. Fronteira de perigo; 8. Provação difícil; 9. Recompensa ou elixir; 10. O caminho de volta; 11. Ressurreição do herói; 12. Regresso com o elixir (RICON, 2010, p. 1).

Conforme já mencionado, determinadas estruturas psíquicas se fazem fundamental neste processo. Dada esta trajetória percorrida pelo herói, esta refere-se a uma ligação entre Deus (ou Deusa) com o ser humano, representando uma união. Jung (2016, p. 77) salienta que

> [...] O mito universal do herói, por exemplo, refere-se sempre a um homem-deus poderoso e possante que vence o mal, apresentado na forma de dragões, serpentes, monstros, demônios, etc. e que sempre livra seu povo da destruição e da morte.

Ou seja, a jornada do herói diz respeito a etapas difíceis as quais o herói precisa enfrentar, com o objetivo de alcançar a sua individuação (GOMES; ANDRADE, 2009).

Dado o exposto, a presente pesquisa documental busca analisar a obra cinematográfica 'Alice no País das Maravilhas' a partir da jornada do herói e a transformação do feminino; tendo como objetivos específicos: identificar elementos presentes no filme 'Alice no País das Maravilhas' que possam estar relacionados a transformação do feminino e com a jornada do herói; estabelecer possíveis relações entre a jornada do herói e a transformação do feminino com a obra 'Alice no País das Maravilhas'. Ressalta-se que embora o filme 'Alice no país das maravilhas' é carregado de símbolos, no entanto, a presente pesquisa limitar-se-á em analisar, de maneira mais específica, a personagem Alice. Apresentam-se na sequência os elementos que estruturaram o percurso metodológico por meio do qual os objetivos da pesquisa foram viabilizados.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A partir das definições teóricas, a pesquisa caracteriza-se como qualitativa, pois visa produzir informações com um enfoque detalhado e aprofundado, desenvolvendo interlocuções acerca do fenômeno estudado (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008). Ainda, pode-se afirmar que este estudo é do tipo descritivo-exploratório, pois descreve e explora a temática, proporcionando novas hipóteses e visões acerca do tema (GIL, 2008). É conduzida pelo método documental, tendo em vista que este baseia-se na compreensão e análise de documentos, os quais ainda não passaram por análise ou que possam passar por reavaliações de acordo com objetivos de pesquisa e análises (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009)

O procedimento de coleta de dados foi realizado no segundo semestre de 2017. Inicialmente procedeu-se com o levantamento de informações sobre a temática em livros e artigos que tivessem como base a Psicologia Analítica. As temáticas exploradas nestes, envolviam os seguintes descritores previamente selecionados a partir do referencial teórico supracitado: “Jornada do herói”, “Contos de fada” e “O feminino”. Após as leituras acerca do tema, por ser a mais adequada a dados visuais, como estratégia de coleta de informações optou-se por um estudo observacional em análise fílmica por meio

da observação direta e não participante (SCHINDLER; COOPER, 2003). Foram analisadas cenas extraídas do filme a partir da das proposições teóricas supracitadas. Cabe ressaltar que a própria autora atuou como juíza para seleção dos estudos aqui considerados.

No que se refere à análise cinematográfica, para melhor organização e compreensão dos dados, incluiu-se as principais cenas sobre a jornada do herói e a transformação do feminino em Alice, com o intuito de responder à questão norteadora desta pesquisa. Desta forma foi possível sistematizar e agregar as narrativas, bem como colocar em foco certos dados que foram analisados partir dos princípios da Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados. Esta por sua vez, tem por objetivo discutir sobre a natureza das informações obtidas por meio de uma análise sistemática e comparativa das informações coletadas (NICO et al, 2007).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a análise das cenas, foi possível a concepção das seguintes categorias: “A jornada de Alice” e “A mulher Alice”. Salienta-se que a separação em categorias, cumpre finalidades meramente didáticas e que a análise e compreensão dos dados só ganha consistência se tomada em seu conjunto.

6.1 A JORNADA DE ALICE

A jornada do herói é elucidada no filme, a partir da trajetória percorrida por Alice. A produção cineasta subjaz de que a jornada do herói, concomitantemente à transformação da Alice menina para Alice mulher, ocorre ao adentrar no mundo do inconsciente ou seja, no país das maravilhas.

O filme inicia com Alice entre os seus seis anos de idade, relatando ao seu pai acerca de um pesadelo que tem recorrentemente. Passando-se 13 anos, inicia-se uma cena em que a personagem se dirige a uma festa acompanhada da mãe. Alice questiona diversas vezes sobre a necessidade de comparecerem à comemoração. Na sequência, a mãe de Alice percebe que ela não está usando o corpete, ou seja, não está vestida de maneira adequada. Alice protesta, perguntando a sua mãe sobre o que é apropriado e complementa: *"Se decidissem que usar um bacalhau na cabeça é apropriado, a senhora usaria? Para mim, corpete é como um bacalhau" (sic).* Contrapondo à jornada do herói, Alice está em uma zona de conforto, no mundo comum, habituada com estas vivências. Pode-se presumir que Alice está no portal, na primeira etapa da jornada do herói, conforme aborda Campbell (2016). Alice é uma jovem, que mesmo não concordando, vive a partir do que lhe é imposto socialmente e também por sua mãe. Assim, mesmo que não

concorde com a influência que o social exerce em sua vida, se vê confusa diante de tudo e não é capaz de modificar tal realidade.

De acordo com Johnson (1996, p. 17), a persona é a vestimenta psicológica, mediadora entre o nosso verdadeiro eu e o nosso ambiente, pois apresenta uma imagem às pessoas com as quais nos encontramos." Ou seja, a persona representa a máscara social utilizada pelos indivíduos. É a sua identidade social. Desta forma, sendo a persona a identidade social, a mesma também produz efeito de ocultar a verdadeira natureza ou individualidade do sujeito. Este modo de ser diante dos outros, colabora para que o indivíduo possa conviver em sociedade, no entanto, por vezes, esta convivência é dotada de expectativas impostas (BURGO, 2010), como é o caso de Alice.

Chegando à festa, Alice é solicitada para ir dançar com Hamish, seu pretendente. Após ela descobre que esta é uma festa de compromisso e que ele irá pedir sua mão em casamento. Alice fica surpresa e não tem certeza se deseja ficar noiva com o Lord. Por conta disso, no momento em que Hamish a pede em casamento, ela percebe um coelho lhe chamando, pede licença aos convidados e imediatamente, corre atrás dele. O mesmo a guia para o país das maravilhas. A aparição do coelho refere-se ao chamado de Alice à sua jornada interior. Este fato diz respeito à segunda etapa da jornada do herói,

denominada ‘O chamado para aventura’, um momento que se faz possível o surgimento de novas possibilidades de transformações da menina Alice (CAMPBELL, 2016; RICÓN, 2006).

Logo que chega ao país das maravilhas, todos dizem que ela é *“a Alice errada”* (sic). Não a reconhecem mais e por isso decidem levá-la para o Absolem – a lagarta, pois ele *“saberá quem ela é”* (sic). Da mesma maneira, Absolem declara que ela não é a ‘Alice certa’, chamando-a de *“menina burra”* (sic). Quando Alice vê no oráculo que terá que matar o Jaguadarti, prontamente responde dizendo: *“esta não sou eu”* (sic). Alice não consegue identificar-se como sendo a pessoa que precisará matar o Jaguadarti, da mesma maneira que o herói sente muito medo de adentrar e vivenciar a aventura para a qual foi chamado, momento este, que de acordo com a jornada do herói, chama-se ‘A recusa do chamado’ (RICÓN, 2010). Alice tem medo, não se vê capaz de cometer tal ato. Neste momento, identifica-se uma resistência do ego, pois tem medo deste desafio.

Apesar desta resistência do ego, este se faz fundamental, uma vez que é ele quem deve empenhar-se em alcançar o crescimento interior (VON FRANZ, 2016b). O ego, também denominado de “eu”, diz respeito ao espaço onde os conteúdos conscientes se encontram, ou seja, é o centro da consciência. Na jornada do herói, o ego precisa dar conta dos conteúdos provenientes do

inconsciente para a consciência. É a ele que estes conteúdos internos são apresentados, e é a partir dele que tais conteúdos se tornam conscientes. Durante a jornada do herói, é o ego que precisará passar pelos desafios e assimilar os conteúdos que emergirem (STEIN, 2016). Ou seja, só tornar-se-á possível acontecer o processo de Alice, quando o ego abdicar de suas ambições e aceitar buscar um aprofundamento da sua existência (VON FRANZ, 2016b).

Alice tem vivido uma vida que não vai ao encontro do seu verdadeiro eu, assumindo uma persona que lhe é imposta. Ninguém a reconhece mais, pois não é a 'Alice verdadeira' e sim, uma ideia do que acredita ser. Para Jung (2013), na sociedade, por vezes é possível confundir a persona do sujeito com a sua personalidade de fato, uma vez que a persona é a forma com que o indivíduo se apresenta para tal. Até o próprio indivíduo pode se confundir, levando a acreditar que esta persona é sua verdadeira personalidade, porém, é somente a partir dessa jornada interior que será possível encontrar a 'Alice certa'.

Quando Alice e o gato se encontram, ele descobre que ela é 'A Alice' e pede para que ela siga seu caminho. Todavia, Alice não sabe qual caminho seguir e por isso o gato a leva até o animus dela, representado pelo personagem do Chapeleiro. O animus caracteriza-se como sendo o lado masculino na psique, e em seu aspecto po-

sitivo, é um guia que conduz a mulher através de seu mundo interior, ou seja, até sua alma, abrindo as portas para o desenvolvimento. Dá à mulher o poder da discriminação e da compreensão para iluminar o seu interior (SANFORD, 2017).

Ao chegar para o chá, Alice encontra o chapeleiro. Os demais presentes começam a dizer que esta é a Alice errada, mas o chapeleiro os contraria. O mesmo menciona que ela é a Alice certa pois ele a reconheceria em qualquer lugar. Alice encontra-se com seu mentor. Este encontro de Alice com o seu mentor faz menção a quarta fase da jornada do herói, intitulada como 'O encontro do herói com o mentor'. O chapeleiro tem a missão de guiar Alice, bem como, prepará-la para o Gloriandei, a batalha final (RICÓN, 2006).

Os soldados do castelo da rainha vermelha estão à procura de Alice e capturam o Chapeleiro, pois acreditam que ele sabe onde a protagonista está. Após o mesmo ser sequestrado, o cachorro encontra Alice e conta a ela que levaram o Chapeleiro para o castelo da rainha vermelha. Alice decide ir até lá para soltá-lo. Quando o cachorro tenta contestar esta ideia, ela o repreende: *"Desde que eu caí naquela toca de coelho, eu só escuto o que eu devo fazer e quem eu devo ser. Eu fui encolhida, esticada, esfolada e escondida num bule de chá. Fui acusada de ser a Alice e de não ser a Alice. Mas esse sonho é meu. Eu vou decidir para onde ir agora,"* (sic)

e completa: “Eu faço meu destino agora” (sic).

O herói, neste momento da jornada, compreendido como sendo a quinta fase do processo, refere-se a um momento de decisão. Identifica-se que Alice toma a decisão de ‘fazer o seu destino’, pois, de acordo com Ricón (2010, p. 3):

> Finalmente o herói se compromete com sua aventura e entra plenamente no mundo especial ao efetuar a travessia do primeiro limiar. Dispõe-se a enfrentar o desafio do chamado à aventura. A partir desse ponto o herói não tem mais como voltar atrás.

Ao tomar consciência da sombra, o sujeito passa a entrar em contato com conteúdos escuros da sua personalidade. Somente entrando em contato com tais conteúdos inconscientes que o sujeito encontrará o significado da vida. É a partir dessa tomada de consciência, que torna possível a integração destes conteúdos obscuros à sua personalidade (RAFF, 2002). É possível perceber essa tomada de consciência de Alice, seja quando decide enfrentar os obstáculos de salvar o chapeleiro e também no momento em que chegarem frente ao castelo da rainha vermelha. Alice observa o castelo e diz: *“Perdi minha muiteza, ne?!”* (sic) e começa a percorrer o caminho em direção ao castelo (RAFF, 2002).

A rainha vermelha pode ser identificada em alusão à sombra de Alice A sombra significa a parte reprimida

do inconsciente que contém todas as peculiaridades não vivenciados pelo ser humano. Para Jung (apud STEIN, 2016, p. 97) "A sombra é a imagem de nós mesmos que desliza em nossa esteira quando caminhamos em direção a luz", ou seja, são características desconhecidas ou pouco conhecidos pelo ego (ROTH, 2011). Os conteúdos inconscientes que se encontram na sombra, fazem parte da personalidade do indivíduo, no entanto, são rejeitados e passam a formar sombra. Essa não aceitação deriva do fato de os mesmos serem, muitas vezes, considerados como sendo contrários aos costumes e ajustes da sociedade (STEIN, 2016).

A sombra tem grande potencial para auxiliar o indivíduo no seu processo, porém, por muitas vezes a mesma se torna hostil, uma vez que é ignorada ou incompreendida pelo ser humano. Tendo em vista que ela apresenta tais forças vitais, é necessário que as mesmas sejam assimiladas e não reprimidas. Jung, ainda destaca que se faz necessário que o próprio orgulho e algumas vaidades sejam renunciadas para que se compreenda aquilo que é considerado sombrio e negativo (VON FRANZ, 2016b).

O momento em que Alice adentra este mundo sombrio, é representado pelo castelo da rainha vermelha. Neste castelo, a protagonista encontra novos desafios. Na sequência, a narrativa apresenta que somente no castelo, a mesma encontrará a espada vorpal. Para Edin-

ger (2008), por mais doloroso que possa ser esse estágio sombrio no processo de individuação, é essa escuridão que leva o indivíduo para um renascimento posterior. Porém, Bosnak (2014), descreve que, ao mesmo tempo em que se fala de dor e sofrimento, aborda-se também uma mudança, uma transformação de algo interno. É no momento de tomada de consciência que o indivíduo se torna capaz de seguir ao encontro da luz.

Ainda no castelo, o chapeleiro orienta Alice a procurar o coelho, pois ele a levará até a espada vorpal. O chapeleiro também pede que Alice leve a espada até a rainha branca. Diante desta cena, identifica-se mais uma vez, o papel do animus, o chapeleiro, como guia para Alice. O desafio de pegar a espada vorpal que se encontra na jaula do Capturandam, é visto como uma das maneiras de Alice lutar com a sua sombra. Com relação ao confronto com a sombra, Silva, (2010, p. 28) afirma que é necessário que "A consciência entre em confronto com a sombra, e que esse trabalho conduza a algum tipo de ligação, mesmo que por longo tempo tal exercício consista em um conflito".

Quando ela entra na jaula do Capturandam para pegar a espada vorpal, percebe-se ser este é o estágio em que o herói "chega à fronteira de um lugar perigoso onde está o objeto de sua busca." (RICÓN, 2006, p. 3). A esse respeito, Hillman (2011) afirma que o combate entre os opostos produz desenvolvimento psíquico ao

sujeito, pois caso ocorra a união entre ambos, trará a totalidade da personalidade do indivíduo. Neste sentido, as etapas vencidas no processo até o momento por Alice, proporcionam-lhe desenvolvimento psíquico e a ampliação da consciência, ou seja, ocorre a assimilação da sombra.

O momento em que Alice luta com a espada vorpal contra o Jaguadarti, alude ao oitavo estágio da jornada. Refere-se à provação que o herói precisa passar, o momento mais desafiador da trama, no qual a heroína Alice corre riscos (RICÓN, 2006). Percebe-se que ao iniciar esta luta, Alice não é mais uma menina e esta mesma luta ocorre para selar a transformação da menina Alice, para a Alice mulher.

Após conseguir vencer com a espada vorpal e matar o Jaguadarti, a rainha branca comunica para Alice que terá sua gratidão eterna e como forma de agradecimento, lhe entrega um frasco com sangue do Jaguadarti. Depois de ter derrotado o monstro, conforme salienta Ricón (2006, p. 3) "O herói, então, pode se apossar do tesouro que veio buscar, sua recompensa." E o que Alice veio buscar no país das maravilhas? Quando o chapeleiro pede que Alice não vá embora, ela responde dizendo: *"Esta é uma ideia maluca e maravilhosa. Mas existem coisas que eu preciso fazer e resolver"* (sic).

De acordo com Ribeiro (2008, p. 109):

> o arquétipo da Deusa desperta na psique de cada mulher e irrompe em todos os setores da vida exigindo mudança de mentalidade e de comportamento que implicam um novo entendimento da masculinidade e da feminilidade nas relações entre os sexos e nas atitudes socioculturais. Ela deseja promover uma imersão profunda das pessoas na sua própria consciência.

Agora, Alice não é mais uma menina. Alice transformou-se em mulher durante a jornada e diante desta transformação e ampliação da consciência, a mesma sabe qual o caminho. Neste meandro, percebe que ainda há coisas que precisa 'fazer e resolver' no mundo externo. Neste momento se inicia a décima fase da jornada, quando o herói, é "marcado pela decisão de voltar ao mundo comum" (RICÓN, 2006, p. 3). A análise desta fase será abordada no tópico a seguir.

6.2 A MULHER ALICE

Conforme evidenciado nas cenas finais do filme, ao retornar do país das maravilhas, Alice inicia as mudanças que mencionou ao Chapeleiro. Ela começa a expor, no ambiente que vive a experiência que viveu em seu mundo interno, bem como, a ampliação da consciência que a jornada lhe proporcionou. Alice voltou para o ambiente que sempre viveu, mas voltou diferente. Este

momento, caracteriza-se como o renascimento de Alice (RICÓN, 2006), penúltima fase da jornada.

Alice recusa o pedido de casamento de Hamish, fala a sua irmã que ela é quem decide o que fazer com a própria vida, conta para sua tia Imogene que sofre alucinações e que o seu príncipe não existe. Também tranquiliza sua mãe acerca do seu futuro, para que ela não se preocupe e por fim, chama o pai de Hamish, para tratar de negócios. Alice chega à última etapa da jornada do herói, ou seja, é este momento em que a personagem passa a ter o elixir da vida, a "poção mágica com o poder de cura" (RICÓN, 2010, p. 4), o segredo da flor de ouro (JUNG; WILHELM, 2013).

Tais cenas coadunam ao que Jung (2016, p. 17) afirma:

> o animus se manifesta por meio de opiniões. Cabe à mulher buscar exercitar a crítica sobre suas opiniões como tentativa de verificar se aquela ideia é procedente, com o cuidado de não a reprimir, e assim aprofundar-se no que está inconsciente.

Analisando a mulher que Alice transformou-se, Jung (2016, p. 27) evidencia que

> nas mulheres em que o animus é bem desenvolvido e, consequentemente, o feminino está bem atendido nas suas necessidades, ocorre excelente harmonia entre o masculino e o feminino, que proporciona a capacidade de elas serem ativas, enérgicas e corajosas.

Este animus positivo identifica-se na mulher Alice, nas cenas finais do filme, quando em conversa com o pai de Hamish, tratando de negócios, trás a ele novas ideias e estratégias de mercado.

A cena final apresenta Alice no barco, indo para as expansões mercadológicas e nisso, pousa uma borboleta azul em seu ombro, como forma de representação do seu *self*. Jung denomina o *self* ou si-mesmo, como arquétipo central. É ele o objetivo a ser integrado no processo de individuação. Enquanto o ego é o centro da consciência, o *self* é compreendido como uma imagem da psique em sua totalidade, abrangendo o próprio eu, consciente e inconsciente. Diante disso, o *self* representa a totalidade do indivíduo, ou seja, é um unificador das ações do ser humano, integrando-as a um todo coerente (RAFFAELLI, 2002).

Diante desta cena final, pode-se pensar que correu a integração na psique de Alice. Esta integração, conforme salienta Raff (2002), refere-se a evocar os conteúdos inconscientes à consciência, momento em que ocorre uma religação, no sentido de restauração da ligação do eixo ego/*self*. Ainda, o referido autor afirma que:

> a atitude religiosa consiste não apenas em prestar atenção no si-mesmo, mas também em lidar com ele de forma a torná-lo poderoso e dominador dentro da psique. Esse trabalho, espiritual por excelência, transforma o si-mesmo latente em manifestado. Nesse processo, ele transforma a perso-

> nalidade como um todo, incluindo-se aí o ego e o inconsciente (RAFF, 2002, p. 37).

Dado exposto nas cenas do filme, para Jung (2016, p. 18), "Há mulheres nas quais essa espécie de masculinidade está registrada e atuante de maneira harmônica com o ser feminino. Estas são mulheres ativas, enérgicas, corajosas e atuantes." Desse modo, percebe-se que esta é Alice após retornar do país das maravilhas. E complementa, dizendo que:

> quando se consegue se diferenciar do animus e se afirmar em relação a ele, em vez de se deixar devorar por ele, então ele deixará de representar apenas um perigo, tornando-se ao contrário uma energia criativa; e nós precisamos dela, pois por mais estranho que isso possa parecer, somente incorporando esse ser masculino da alma, para que ele aí exerça a função que lhe cabe, será possível ser realmente mulher no seu sentido mais elevado e, já que ao mesmo tempo somos autenticas, também cumprir nosso próprio destino humano (JUNG, 2016, p. 54).

Em sua jornada, bem como da transformação do feminino, Alice teve o animus como guia fundamental. Ele contribuiu para que ela enfrentasse todos os processos e obstáculos necessários para alcançar sua jornada e conduziu-a ao seu verdadeiro 'si mesmo', o self. Concomitantemente levou-a a transformação do feminino, pois tendo caído no buraco no início, enquanto Alice menina, retorna de lá com outro modo de ser: o da Alice mulher (JUNG, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A jornada do herói, bem como a transformação do feminino, foram as temáticas analisadas no filme ‘Alice no país das maravilhas’ na presente pesquisa. Diante disso, as mesmas foram explanadas no decorrer do trabalho de maneira a fazer com que se obtivesse maior entendimento sobre os respectivos conceitos a partir do diálogo destes, com as cenas do filme.

Dado o exposto, com a análise das cenas, foi possível relacionar diversos aspectos do filme com os pressupostos teóricos pesquisados. Diante desta análise da jornada de Alice, considerou-se a importância do chapeleiro para a jornada da protagonista, uma vez que ele fez o papel de seu guia. Todo o amadurecimento de Alice proporcionou-lhe, conforme apresentado, um desvelamento ulterior inconsciente, ou seja, realidades necessárias para alcançar as camadas mais profundas do inconsciente, levando-a até a maturidade psíquica.

Constatou-se, portanto, que a jornada do herói é uma experiência que modifica o indivíduo como um todo, transforma-o e traz à consciência conteúdos inconscientes profundos, o que possibilita a união dos opostos e a transformação total da sua personalidade. Portanto, por meio deste filme foi possível compreender a complexidade que é a busca de um conhecimento interior. Considerando que a narrativa do filme discorre acerca da estrutura psíqui-

ca de Alice que, de início era infantil e desconhecida, ao "cair no buraco" realiza sua jornada heroica, bem como, a transformação do seu feminino, passando de menina à mulher. Neste sentido, a história de Alice, exatamente por ser um conto que possui diversos símbolos, narra a história de muitas mulheres da atualidade, uma vez que se configura como sendo uma narrativa atemporal e impessoal.

Desta maneira, o conto de Alice para a compreensão da mulher contemporânea se faz necessário, uma vez que elucida este processo interno pelo qual necessita passar até chegar à integração e ampliação da consciência. No início, Alice vivia para fazer a vontade de outros e a partir da jornada, ela ganha recursos que, ao retornar para a sua realidade externa, possa romper com os padrões estabelecidos socialmente. Da mesma maneira, a mulher contemporânea, precisa assim como Alice, romper com muitos padrões que lhes são dados, por meio da transformação da realidade.

Diante do exposto sobre a relevância, tanto da saga do herói, quanto da transformação do feminino, considera-se que estes contribuem para a compreensão das vivências do indivíduo atual, de modo particular para a transformação do feminino. Porém, é necessário destacar os estudos escassos sobre a temática, motivo pelo qual sugere-se a realização de novas pesquisas com fins de maior aprofundamento.

REFERÊNCIAS

ALICE no país das maravilhas. Direção: Tim Burton. Produção: Roth Films / Zanuck Company / Team Todd. Roteiro: Linda Woolvertoon.Walt Disney Pictures. 2010. 1 DVD. 109 min. Widescreen, color. 16:9 mm.

BONAVENTURE, Jette. **O que conta o conto?** São Paulo: Paulus, 2008.

BOSNAK, Robert. **Breve curso sobre sonhos:** técnica junguiana para trabalhar com os sonhos. São Paulo, Paulus, 2014.

BRUNI, Rita de Cassia Souza. A importância dos contos de fadas como ferramenta psicoterápica no resgate do feminino em mulheres contemporâneas. **Psicologia.pt.** 2016. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1000.pdf> Acesso em: 06 abr 2018.

BURGO, Vanessa Hagemeyer. O arquétipo persona e a preservação da face na conversação.**Anais do IX Encontro do CELSUL.** Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça, 2010.

CAMPBELL, Joseph. **O poder do mito.** São Paulo: Palas Athena, 2016.

CAMPBELL, Joseph. **O herói de mil faces.** São Paulo: Cultrix/Pensamento, 1989.

CORDEIRO, Cristieli de Oliveira; STANCKI, Rodolfo. A utilização da jornada do herói para a análise de filmes. **Anais do EVINCI – UniBrasil,** Curitiba, v.3, n.2, p. 584-596. 2017. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisevinci/article/view/3420/3025> Acesso em: 06 abr 2018.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau,** v.2, n.4, p.01- 13, 2008.

EDINGER, E. F. **Anatomia da psique.** São Paulo: Cultrix, 2008.

EUGÊNIO, Maurício; TAVARES, Renata Corbetta**.Alice no país do inconsciente:** uma análise no entremeio da psicanálise com a literatura infantil.

GASPARELLO, Vânia Medeiros. Subjetividade e formação de professores: algumas reflexões a partir da psicologia analítica. **Revista Científica e-curriculum.** v. 2, n. 1, dez. 2006.

GIL, Antonio Carlos. C**omo elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Vinícius Romagnolli Rodrigues; ANDRADE, Solange Ramos de. **Mitos, símbolos e o arquétipo do herói.** Iniciação científica da Cesumar, 2009. v. 11, n. 2, p. 139-147. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/1271/883> Acesso em: 06 abr 2018.

GRINBERG, L. P. **Jung, o homem criativo.** São Paulo: FTD, 1994.

HILLMAN, James. **Psicologia Alquímica.** Petrópolis: Vozes, 2011.

JOHNSON, R. A. **Magia interior:** como dominar o lado sombrio da psique. São Paulo. Mercuryo, 1996.

JUNG, C. G. **O eu e o inconsciente:** dois escritos sobre psicologia analítica. Petrópolis: Vozes, 2015.

_____. **Tipos psicológicos.** Petrópolis: Vozes, 2013.

JUNG, Emma. **Animus e anima.** São Paulo: Cultrix, 2016.
JUNG, C.G.; WILHELM, R. **O segredo da flor de ouro.** Petrópolis, Vozes: 2013.

NASSER, Yone Buonaparte d'Arcanchy Nobrega. **A identidade corpo-psique na psicologia analítica.** Estudos e pesquisas em Psicologia (UERJ), Rio de Jaineiro. n. 2, p. 325-338, 2010.

NICO, L. S. et al. *A grounded theory* como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva.** São Paulo, v. 12, n. 3, p. 789-797, 2007.

PAULA, Lilian Garcia de. **A lenda de mulan:** a jornada da mulher e do feminino. 2008.

RAFFAELLI, Rafael. Imageand self in Plotinusand Jung: confluences. **Estudos de Psicologia (Campinas),** v. 19, n. 1, p. 23-36, 2002.

RAFF, Jeffrey. **Jung e a imaginação alquímica**. São Paulo: Mandarim, 2002.

RIBEIRO, Maria Goretti. **O arquétipo da deusa na vida, na cultura e na arte literária.** Revista Graphos, v. 10, n. 1, 2008.

RICÓN, Luiz Eduardo. A jornada do herói mitológico. **II Simpósio de RPG & Educação,** 2006.

ROTH, Wolfgang. **Introdução à Psicologia de C. G. Jung.** Petrópolis: Vozes, 2011.

_____. Wolfgang. **Introdução à Psicologia de C. G. Jung. 4.ed.** Petrópolis: Vozes, 2012.

SCHINDLER, Pamela S.; COOPER, Donald R. **Métodos de pesquisa em administração.** Porto Alegre: Bookman, 2003.

SANFORD, John A. **Os parceiros invisíveis.** São Paulo: Paulus, 2017.

SILVA, Andréa Ventura da.A Lua Negra: o lado sombrio do Feminino. 2014. 32f. **Monografia (Pós-Graduação em Psicologia Clínica Junguiana).** Faculdade Monteiro Lobato-FATO, Porto Alegre.

SILVA, Ricardo Miguel Guerreiro Viegas da; RIBEIRO, Antonio Camilo. **O contributo de Carl Gustav Jung.** Psicologia.PT. 2010.

STEIN, Murray. **Jung: o Mapa da alma:** uma introdução. 5 ed. São Paulo: Cultrix, 2016.

VON FRANZ, Marie-Louise. **A interpretação dos contos de fada.** São Paulo, Paulus, 2016a.

VON FRANZ, M. L.. **O processo de individuação.** *In*: JUNG, Carl G. O homem e seus símbolos. Rio de Janeiro: Happer Collins Brasil, 2016b.

TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA A PARTIR DO *SETTING* TERAPÊUTICO SOB A PERPERCTIVA DE UMA ACADÊMICA DE PSICOLOGIA

8

Fabiane Maria Schaefer Baron
Grasiele Rosvadoski da Silva

A Psicologia Analítica tem como um dos objetivos primordiais em conduzir o paciente para a sua transformação, ao mesmo tempo em que transforma os sintomas expressos no corpo. O paciente é envolvido por um processo que visa torná-lo único, levando-o a ser quem é, através da díade paciente-terapeuta. Salienta-se também que todo o processo terapêutico é complexo, doloroso e diante disso, necessita-se de dedicação de ambas as partes, ou seja, terapeuta e paciente, para que o processo terapêutico possibilite ao indivíduo a transformação de ambos (JUNG, 1985). Porém, isto só se tornará possível de ser alcançado, caso o terapeuta já tenha feito o seu próprio processo, pois com isso, dará a oportunidade ao

paciente de também fazer a sua parte, sem limitá-lo ou restringi-lo pelos seus pressupostos subjetivos. O processo do paciente perpassa pela transformação individual do terapeuta, bem como, das relações de transferência e da contratransferência que sofre ao longo da sua terapia, pois é, justamente esse o efeito elementar que o terapeuta pode oferecer ao paciente de forma singular e legítima (JUNG, 1985).

A "Transferência pode ser comparada àqueles medicamentos que para uns são remédio, e, para outros, puro veneno", salienta Jung (2012, p. 47). Assim, a transferência pode ser benéfica para o processo terapêutico para certos casos, logo, para outros, pode se caracterizar num entrave. A transferência e a contratransferência correspondem às projeções que o paciente transmite ao terapeuta, assim como as projeções que decorrem deste em direção ao paciente, respectivamente. Nesse sentido, terapeuta e paciente encontram-se em uma relação fundada na inconsciência mútua (JUNG, 2013a).

Na visão de Jung, há cinco aspectos característicos envolvidos com a transferência: é um fato da vida, comum; é uma forma de projeção; envolve o que se entende por relacionamento "real" entre terapeuta e paciente; possui dimensões arquetípicas e pessoais; e serve à individuação no encontro terapêutico. Portanto, a transferência e a contratransferência são fenômenos naturais em qualquer relação estabelecida, embora, em

certos casos de análise, pode ser que elas não ocorram constantemente. Mas, quando acontecem, podem tanto auxiliar, quanto prejudicar o processo, se conduzidas de forma equivocada (JUNG, 2013a).

Como a temática central este artigo busca falar sobre as relações de transferência e a contratransferência presentes no *setting* analítico em uma clínica escola, com o objetivo de analisar as consequências da transferência associado e contratransferência terapeuta-paciente, em que se consolida em um ambiente de conhecimento mútuo, e com isso, fez-se um processo de aprendizado e dificuldades se aflorassem neste contexto. Partindo desses aspectos, a escolha da temática emergiu para ampliar o horizonte de conhecimento acerca da relação terapêutica e suas variáveis. Jung (2013a) menciona em suas obras a relevância da transferência e da contratransferência no setting terapêutico, apresentando-as como ferramentas utilizadas pelo profissional psicólogo para conhecer, não somente o paciente, mas também a si próprio. No entanto, em relação ao acadêmico de psicologia, ainda há poucos estudos que abordam essa temática, sendo este o ponto crucial que torna esta pesquisa como contribuição científica.

Nesse sentido, o presente artigo se propõe a aprofundar os aspectos referentes à prática terapêutica, servindo-se da pesquisa documental, através da qual serão analisados os aspectos da transferência e da contratrans-

ferência no *setting* terapêutico, a partir da sua compreensão de uma acadêmica de psicologia, a partir da perspectiva Junguiana, em uma clínica escola de uma faculdade do vale do Itajaí.

1 PSICOTERAPIA

Antes de adentrar na psicoterapia Junguiana, é importante descrever como este psiquiatra compreendia a psique. Jung (2008) descreve a psique humana como o fruto de um fenômeno coletivo e não algo isolado e apenas pessoal. Trata da semelhança universal que se caracteriza por um modo análoga a estrutura cerebral entre os povos, possibilitando uma psique coletiva. A prova disso, segundo ele, são os diversos processos inconscientes entre os diferentes povos e raças, separados no tempo e no espaço, e cujos conteúdos compartilhados apresentam semelhança impressionante, inclusive com a evidência de conteúdos mitológicos.

As tendências herdadas, armazenadas do inconsciente coletivo, são denominados arquétipos e consistem em determinantes inatos da vida mental, que levam o indivíduo a comportar-se de modo semelhante aos ancestrais que enfrentaram situações similares. A experiência do arquétipo normalmente se concretiza na forma de emoções associadas aos acontecimentos importantes da vida, tais como o nascimento, a adolescência, o ca-

samento e a morte, ou as reações diante de um perigo externo. Jung referia-se aos arquétipos como as "divindades" no inconsciente (HALL; NORDBY, 1986).

O inconsciente coletivo fornece a forma arquetípica que, por sua vez, está crua e suscetível a ser preenchida com material de representação a consciência. Ou seja, o conteúdo humano e coletivo do arquétipo é vazio e posteriormente é preenchido por conteúdos da consciência. Esses conteúdos da consciência constituem as representações psíquicas, que a partir do relacionamento inconsciente-consciente, irá adquirir corpo, forma e assim, uma imagem arquetípica como uma representação sob determinado conteúdo humano (JACOBI, 2017).

O complexo pode ser entendido como uma entidade autônoma no âmbito da psique, uma espécie de personalidade fragmentária e/ou um aglomerado de ideias e imagens sobrepostas nos entornos de um núcleo originado de um ou vários arquétipos. Quando acionado, o complexo contribui para o comportamento e afeto dos indivíduos (JACOBI, 2017).

Para Jung (2013b) a psique é dinâmica e sua estrutura engloba a totalidade dos processos psíquicos conscientes e inconscientes. Contempla-se a premissa de que o ser humano é único, singular, e, portanto, descarta a visão fragmentada de homem. Isso indica que o ser humano já nasce como um todo e seu papel consistem em desenvolver o potencial que já possui. Sendo

assim, visa à busca da unidade essencial que há no indivíduo e propõe que o seu desenvolvimento consiste no despertar e no consequente enriquecimento das próprias potencialidades.

Nesse sentido, Jung desenvolveu um método empírico, ou seja, a partir de sua auto experiência. Conforme Jung foi passando pelo seu próprio processo, foi simultaneamente desenvolvendo sua teoria. O objetivo primordial da psicoterapia analítica é conduzir o paciente à sua individuação, o que significa tornar-se aquilo que se é. Para isso, é necessário estabelecer uma relação que se desenvolve entre terapeuta e paciente. Busca-se, portanto, promover um movimento psíquico para prevenir perturbações psicológicas, enfermidades, ou uma vida repetitiva e estagnada (JUNG, 2013a).

Portanto, ao adentrar no processo de análise, busca-se uma transformação, aliada ao cuidado e perspicácia por parte do terapeuta. Deve-se haver cuidado ao filtrar, no paciente, o que se deseja elaborar para que não haja potenciais riscos de descartar alguma característica essencial ao processo de transformação. Pode-se compreender, por analogia, a temática da literatura bíblica em que o autor sugere a separação do joio do trigo, ou seja, perceber o que necessita ser lapidado e o que é essencial, sem excluir os conteúdos de relevada importância para o processo do paciente (JUNG, 2013a).

Tratando-se da Psicologia Analítica, pontuam-

-se diferentes técnicas acerca da prática da psicoterapia. Quanto a isso, Jung sugere considerar cada paciente como um ser único. Neste sentido, ao terapeuta cabe orientar-se por teorias e técnicas, mas sobretudo, respeitar a singularidade apresentada em cada paciente atendido. Diante disso, não deveria assumir a postura de autoridade diante do paciente, com pretensão de saber algo sobre sua individualidade e reunir afirmações a seu respeito, demonstrando um espírito crítico enquanto juízo moral (JUNG, 2012). Tendo em vista a postura aberta que o psicoterapeuta deve adotar frente ao paciente, Jung (2013a, p. 53) considera que:

> [...] o médico[18] não tenha objetivos demasiado precisos, pois dificilmente ele vai saber mais do que a própria natureza ou vontade de viver do paciente. As grandes decisões da vida humana estão, em regra, muito mais sujeitas aos instintos e a outros misteriosos fatores inconscientes do que à vontade consciente, ao bom-senso, por mais bem-intencionados que sejam. O sapato que serve num pé aperta no outro, e não existe uma receita de vida válida para todo mundo. Cada qual tem sua forma de vida dentro de si, sua forma irracional, que não pode ser suplantada por outra qualquer.

Nesse sentido, o processo psicoterapêutico é compreendido como uma ação para avançar, no caminho do próprio eu. Durante o percurso psicoterapêutico, caso o psicólogo avaliar necessário, poderá utilizar de

[18] O termo médico é destacado por Jung em suas obras para referir-se ao analista/psicoterapeuta.

procedimentos e técnicas psicológicas visando às transformações internas graduais no paciente. Contudo, isso irá depender dos objetivos pretendidos do paciente em consonância com os sintomas e demandas que apresenta (FADIMAN; FRAGER, 1986). Diante das diversas singularidades individuais das vidas que são postas ao psicólogo, Jung (2013a) acredita que isto exige por parte do profissional, relevante flexibilidade em relação aos seus métodos clínicos e tratamentos convencionais, de modo a melhor atender a totalidade do sujeito que se apresenta.

2 TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA

A transferência consiste nas projeções por parte do paciente em relação ao terapeuta. Já a contratransferência pode ser descrita como as projeções que brotam no terapeuta, e são dirigidas ao paciente. Englobam as sensações, percepções e emoções que são suscitadas no momento da terapia, como respostas a estímulos empregados, tanto pelo terapeuta, quanto pelo paciente, assim, a personalidade do terapeuta se concretiza como uma importante ferramenta no processo transferencial. Essa dialética entre terapeuta-paciente interfere na terapia, tanto positiva, quanto negativamente. Desse modo, o terapeuta interfere do paciente, assim como o paciente

interfere do terapeuta. Isto significa que o terapeuta não somente é responsável por analisar o paciente, mas também está em processo de análise junto do processo de análise do paciente por estar exposto às mesmas influências transformadoras. Diante disso, o terapeuta é caracterizado como parte integrante do processo terapêutico, assim como o paciente (JUNG, 2013a).

Quando se fala em transferência e contratransferência a partir da ótica junguiana, faz-se necessário correlacionar esses conceitos à projeção, por tratar-se de um fenômeno natural e não defensivo (JUNG, 2013a). Whitmont (1994, p. 55) a descreve como um mecanismo natural e inevitável que, a partir da clínica, percebe as situações em que a "realidade é distorcida pelo poder irresistível de um complexo ou arquétipo constelado". Já a partir da concepção de Franz (1999), é preferível mensurar a projeção quando a imagem do sujeito em relação ao objeto pode causar desconforto e perturbar seu ajustamento de forma explícita.

A transferência e a contratransferência são fenômenos que ocorrem em um contexto comum, entre indivíduos que interagem em um processo de mútua projeção. Essa projeção decorre de ambas as partes. Na transferência o paciente confere ao terapeuta aspectos que lhe são individuais, porém, projetados sobre a sua personalidade. De modo inverso, a contratransferência pode ser compreendida como os conteúdos projetados

pelo terapeuta sobre o paciente. Segundo a etimologia do termo transferência, que em alemão é *übertragung*, que significa carregar algo de um lugar para outro (JUNG, 1985). Enquanto "a palavra inglesa *transference* é uma tradução do latim *projectio*, ou seja, projeção" (JACOBY, 1992 apud PACINI, 2010, p. 26).

Ao que parece, existe um processo vasto e genérico nos relacionamentos humanos, realidade esta compreendida como projeção. É possível afirmar que em todas as relações humanas há projeções de ambos os envolvidos. Assim, a projeção é um processo que ocorre entre indivíduos que estabelecem contatos, seja na família, no trabalho, entre amigos, ou neste caso em especial, no *setting* analítico. Neste espaço, ela é uma das variadas formas de conceber a transferência (JACOBY, 1992).

Acredita-se, diante disso, que as projeções decorrem de quaisquer interações e vivências humanas, usualmente presentes em um processo que se estabelece entre duas ou mais pessoas. Como os conteúdos inconscientes são projetados sobre outro indivíduo, deve-se recordar que isto não se trata de um fenômeno que ocorre de modo voluntário. As projeções são sempre involuntárias e inconscientes, pois o indivíduo desconhece que está projetando seus conteúdos subjetivos sobre outro. No *setting* terapêutico, Jung (2012, p. 45) descreve que "médico e paciente encontram-se assim numa relação

fundada na inconsciência mútua". Nesse sentido, assim como a projeção, os fenômenos de transferência e contratransferência ocorrem de forma involuntária e espontânea.

É possível analisar a projeção de conteúdos inconscientes por meio do paciente para com o terapeuta e vice-versa, mas também as projeções em personagens dos sonhos, no discurso sobre pessoas de convivência do paciente, bem como, fantasias e devaneios. Logo, em relação ao terapeuta, as mesmas questões devem ser analisadas, sem desprezar sua relevância. Quando se inicia o processo analítico, aquilo que se discute é uma preocupação latente e consciente, mas é através dos sonhos, por exemplo, que o inconsciente emerge e dá forma aos seus conteúdos, já que "não sonhamos mais apenas para nós mesmos. Esse conhecimento consciente tem um impacto na nossa vida de sonhos e estes passam a ser, mais das vezes, mensagens para o terapeuta" (JACOBY, 1992, p. 33).

Os processos transferenciais podem tanto suscitar progressos quanto paralisar o paciente no tratamento analítico. Isto requer do terapeuta atenção redobrada às emoções, sensações e percepções que possui e que o paciente expressa durante o processo de análise. No que se refere à prática psicoterapêutica, Jung (2013a, p. 50) afirma:

> [...] na minha prática psicoterapêutica de quase trinta anos acumulei uma série considerável de fracassos, que me influenciaram mais do que os meus sucessos. [...] O psicoterapeuta pouco ou nada aprende com os sucessos, principalmente porque o fortalecem nos seus enganos. Os fracassos, ao invés, são experiências preciosíssimas, não só porque através deles se faz a abertura para uma verdade maior, mas também porque nos obrigam a repensar nossas concepções e métodos.

Esta é a razão pela qual a personalidade do terapeuta é considerada parte importante do processo analítico, assim como aquilo que fala, reflete ou analisa. Nada disso pode ser menosprezado como fator de perturbação ou de cura, pois o encontro de duas personalidades, neste caso, no *setting* analítico, é descrito por Jung (2013a, p. 85) como "[…] a mistura de duas substâncias químicas diferentes: no caso de se dar uma reação, ambas se transformam". Como se espera de todo tratamento psicoterapêutico, o terapeuta exerce uma influência sobre o paciente, mas não está livre de também ser influenciado por ele. As influências sofridas de terapeuta para paciente são inevitáveis e poupar-se disso priva-o de beneficiar-se de uma das ferramentas mais essenciais de que dispõe no processo analítico, que é a contratransferência (JUNG, 2013a).

A transferência, assim como a contratransferência, possui um importante papel no contexto analítico, visto que pode favorecer ou prejudicar o andamento do

progresso. As dificuldades que podem surgir dependem de terapeuta e paciente e do modo como este último interpreta as ações do terapeuta. Isto, porém, requer do terapeuta habilidades diferenciadas de manuseio e condução clínica, mediante a qual ele utiliza as diferentes técnicas de intervenção, quando julgar necessário (JUNG, 2013a). No processo de análise, o terapeuta pode orientar-se por imagens, expressas pelo paciente através de uma problemática relatada. Assim, transforma-se a situação-problema em algo visual e de possível compreensão simbólica. Essa conotação simbólica é dotada de significados, mas somente faz sentido para o paciente, e, portanto, não necessita de interpretações por parte do terapeuta. Após o sofrimento latente ou a demanda ser narrada, o paciente é conduzido a dar-lhe uma forma, transformando-a em uma imagem que sofrerá ampliação e atribuição de alguns significados e ou/interpretações feitas pelo próprio paciente, o que poderá viabilizar o surgimento de *insights* (JUNG, 2013a). Neste sentido, Jung (2013a, p. 58) destaca:

> Aliás, para o leigo – que já fez o que estava ao seu alcance no nível pessoal e racional, e, mesmo assim, não conseguir descobrir qualquer sentido ou satisfação – a oportunidade de poder penetrar na esfera irracional da vida e da experiência, vai ter uma importância incalculável. Com isso, também mudará o seu dia a dia normal, que até pode adquirir um novo interesse. Afinal, a maioria das coisas depende muito mais da maneira como as encaramos, e não de como são em si. Vale muito mais a

> pena viver as pequeninas coisas com sentido, do que as maiores, sem sentido algum.

Outro elemento de grande relevância no setting terapêutico é o campo relacional. Segundo Salant (2002)[19] ali transcorre um movimento que não depende do terapeuta nem do paciente. Para ele quando duas pessoas se encontram, instaura-se um movimento denominado por ele também de campo interativo, que é como se fosse uma terceira instância que ali se estabelece. Portanto, este campo interativo que emerge da relação, possibilita a transformação de conteúdos latentes (SALANT, 2002). Neste sentido, Salant (2002, p. 181) afirma:

> Essencialmente o conceito de campo interativo onde ocorre a coniunctio - algo semelhante a abóbora alquímica, o vaso da transformação – é um espaço de relação que não é concebível em termos tridimensionais tradicionais.

Portanto, o campo relacional é como uma chave que abre portas para a transformação, um veículo que conduz a uma experiência única para o terapeuta e para o paciente. Este movimento analítico que ocorre é único para cada um na sua singularidade e nas suas vivências pessoais (SALANT, 2002). Diante do exposto, para Salant (2002, p. 197)

[19] Os conteúdos citados desta obra são a partir da tradução livre da autora deste artigo.

> [...] além da sua capacidade de conter os aspectos dissociativos e psicóticos na interação analítica, o campo interativo pode transformar a estrutura interna do analista e do analisando e no decorrer do processo, a própria estrutura muda. Viver o campo interativo no sentido imaginativo é a chave do seu poder transformador.

Jung propõe a terapia como esforço conjunto entre os envolvidos, um processo em que ambos trabalhariam como iguais e onde o terapeuta deveria estar sempre aberto à mudança como resultado da interação (FADIMAN; FRAGER, 1986). Partindo desta premissa, percebe-se o caminho que perpassa o processo terapêutico, que deve estar norteado a partir da demanda por autoconhecimento que desabrocham do indivíduo diante dos desafios que enfrenta consigo mesmo e com o contexto no qual está inserido (FADIMAN; FRAGER, 1986).

3 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada a partir do método de pesquisa documental. Como as pesquisas de natureza qualitativa envolvem numerosos materiais empíricos direcionados aos estudos para a compreensão da vida humana, é possível fazer uso de estudos de caso, experiências pessoais, histórias de vida, relatos de introspecções, produções e artefatos culturais,

interações, enfim, materiais que descrevam a rotina e os significados da vida humana. A pesquisa de caráter qualitativo surge da extração dos significados obtidos do contato com os dados, sejam eles pessoais, lugares e/ou fatos. Esta forma de pesquisa possibilita ainda significar e elucidar a complexidade em torno da relação humana a respeito da relação no *setting* terapêutico (DIETERICH, 1999; GIL, 2008; MARCONI; LAKATOS, 2015).

Nesse sentido, a partir do método de pesquisa documental, foram utilizados como materiais para a coleta de dados, os prontuários psicológicos e registros documentais das sessões de psicoterapia realizados na clinica escola. A pesquisa documental é realizada a partir da análise de documentos contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. É uma fonte rica e estável de dados, já que lhe confere vantagens devido à não exigência de contatar com os sujeitos participantes da pesquisa e possibilitar uma leitura aprofundada nas fontes. Assemelha-se, até certo ponto, com a pesquisa bibliográfica, obtendo como diferencial a natureza das fontes, ou seja, podem ser utilizados materiais que ainda não receberam tratamento analítico ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2008).

4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como etapa inicial da pesquisa, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos prontuários e registros documentais. Foram selecionados todos os documentos que pertencem à paciente, desde o primeiro dia de atendimento psicoterapêutico realizado na clinica escola. Incluíram na análise os prontuários e registros documentais que continham em sua estrutura palavras que remetiam à relação terapêutica entre paciente-terapeuta, transferência, contratransferência e respectivas projeções. Assim, os critérios de inclusão resumem-se à ocorrência de demonstrações projetivas de conteúdos inconscientes no setting terapêutico. Foram excluídos da análise dos dados os documentos que não descreviam as sensações e percepção expressas pelo paciente ou terapeuta.

5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Tendo em vista que a pesquisa documental não expõe o sujeito participante a intervenções diretas e que possam lhe inferir prejuízos, pois utiliza para análise documentos originais desprezando informações pessoais e nomes, esta pesquisa não foi sujeita ao Comitê de Ética da instituição de ensino. No entanto, cabe destacar que todos os cuidados éticos profissionais foram devidamen-

te adotados, conforme resolução Conselho Nacional de Saúde 466/2012. A proposta de pesquisa foi apresentada à paciente, que por sinal atribuiu parecer favorável através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o seu desenvolvimento.

6 CASO CLÍNICO

O atendimento realizado trata-se de um paciente com nome fictício Carlos, um homem de 45 anos. O paciente procurou o serviço da clínica por indicação da esposa que já fazia acompanhamento na clínica escola. Carlos é aposentado por invalidez, tem problema na coluna, parou de trabalhar aos 30 anos, casado há 23 anos tem dois filhos um com 16 anos e o outro 22 anos. Mora com a esposa e seus dois filhos.

No acolhimento relatou que o motivo principal da busca pela terapia foi porque sua esposa já realizava acompanhamento na clínica e que ela indicou ao mesmo com o intuído de sua melhora, no sentido de que pudesse auxiliá-la. Segundo o paciente, a esposa está há doze anos com depressão entre vindas e idas a hospitais, CAPS, entre outros, portando, Carlos pretende buscar na terapia ajuda neste momento, pois não sabe mais o que fazer.

O paciente traz em seu relato: A esposa vai entre atendimentos com psiquiatra do CAPS local em que ela

não quer frequentar, mas precisa, pois, é dali que lhe é fornecida a medicação gratuita. Traz também a questão de gastos excessivos alterando a situação econômica da família. Destaca que a esposa sempre está chorando, passa horas na cama, não auxiliando nas tarefas diárias da casa. Portando, segundo Carlos, ele realiza todas as tarefas domésticas, o que o torna a base familiar, sendo pai e mãe: o *"faz tudo"* (sic).

7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Percebeu-se por meio dos atendimentos que o paciente, no início da psicoterapia, demonstrou tranquilidade ao expor suas vivências, o que demostra confiança na terapeuta. Ao perceber que a relação terapêutica estava realmente circundada por um mútuo envolvimento, a terapeuta questionou o paciente no que concerne aos seus sentimentos em relação à psicoterapia, obtendo como resposta: **é bom, pois é o único lugar que posso falar as coisas que estou sentindo e não tenho com quem conversar a respeito** (sic). De acordo com as narrativas, percebeu-se que o paciente projetou sobre a terapeuta sentimentos de confiança, o que viabiliza o processo de transformação mútua. Para Jung (2013a) significa a primeira etapa do processo terapêutico, ou seja, a catarse. "O próprio nome escolhido para o primeiro método – catarse = purificação – é um conceito

corrente nas iniciações da antiguidade" (JUNG, 2013a, p. 72). Contempla-se nesta etapa do método encaminhar o paciente a uma contemplação, um estado de meditação que visa trazer à consciência os conteúdos que não foram expressos através da confissão (JUNG, 2013a).

Observa-se claramente essa primeira etapa referente à confissão, pois de acordo com a terapeuta, o paciente previamente era uma fala constante. No entanto, percebe-se que a terapeuta não está analisando apenas os conteúdos relatados pelo paciente como sendo unicamente dele, mas que aludem aos conteúdos da terapeuta. Assim, a terapeuta também está em um movimento de transformação (JUNG, 2013a).

Neste sentido, pode-se observar o estabelecimento do campo relacional, ou seja, de uma instância comum a ambos. A partir disso, compreende-se a premissa da existência de uma terceira área e se deu por meio da relação estabelecida. Neste sentido é que, pela ativação do campo relacional, que ocorreu a transformação mediada pela dinâmica transferencial e contratransferencial. No entanto, para que esta aconteça, há necessidade de que o campo esteja livre de intercorrências: os conteúdos que pertencem ao terapeuta devem ser diferenciados daqueles do paciente e dos que pertencem a ambos. Caso contrário, se essa diferenciação não for efetivada, os dois serão afetados profundamente pelos conteúdos inconscientes um do outro e, possivelmente, não haverá

progressos significativos (SALANT, 2002).

Jung (2013a) propõe a existência de quatro etapas para o processo terapêutico: a confissão, o esclarecimento, a educação e a transformação. Na catarse, ou confissão, o indivíduo vai se despindo dos conteúdos que lhe são profundos, de tal forma que "[...] tudo veio à tona, tudo saiu, tudo ficou conhecido, todo medo foi vivido, toda lágrima derramada, daqui para frente tudo vai correr às mil maravilhas" (JUNG, 2013a, p. 82). Percebeu-se que o paciente, embora comunicativo, demonstrou-se no início da psicoterapia com narrativas muitas vezes desconexa, confusa e desalinhada, mensurando aspectos e informações sobre sua experiência de vida, que soavam confusas aos ouvidos da terapeuta, mas que também remetiam aos aspectos individuais e vivenciados por esta.

Num dado momento, apesar da postura e das narrativas do paciente não mais remeter à confusão citada, os conteúdos que descrevia ainda afetavam a terapeuta. Percebeu-se novamente que os aspectos apontados por Salant (2002) em relação à existência de uma terceira área se confirmaram, pois, o caos vivenciado pelo paciente não era somente dele, mas também da terapeuta, o que, de certo modo, colaborou para que os conteúdos citados pudessem ser confrontados. No decorrer das sessões, a confusão do paciente foi sendo progressivamente despida por meio do método dialético, do mesmo modo,

gradualmente a terapeuta sofreu transformações significativas. Esta realidade demonstra o que Lyra (2017) descreve como a limpeza do campo relacional, atitude esta que lhe permitiu a separação dos próprios conteúdos, daqueles do paciente, bem como, dos que pertencia a ambos.

Em decorrência do término do semestre, o paciente passou cerca de cinco semanas sem atendimento, por motivo das férias acadêmicas, momento em que o serviço escola foi interrompido. Quando os atendimentos foram normalizados, a terapeuta perguntou ao paciente como foi para ele o tempo decorrido sem as sessões ao que ele respondeu: *já estava com saudade, realmente é o único lugar que tenho pra falar, fora daqui não tenho ninguém com quem posso dizer o que está acontecendo na minha vida, família* (sic). Confiança, saudade, e, além disso, confirma que *quando venho para cá, me sinto renovado, consigo passar a semana bem, como se renovasse as energias* (sic).

Tendo em vista estes aspectos, o fenômeno da transferência corresponde à distorção de percepções nas relações padrões do paciente, projetadas sobre a personalidade do terapeuta. Via de regra, a transferência é um acordo entre o conteúdo do complexo original e a defesa. São transferidos, além dos conteúdos provenientes do complexo original, mas também as imagens arquetípicas. Diante das respostas do paciente, percebe-se que

a transferência foi inevitável e se constituiu como elemento característico do seu processo de análise (KAST, 2013).

No tocante à separação necessária entre o eu do paciente e o eu do terapeuta, Jung (2013a) evidencia que a transferência nos conduz para uma relação necessária entre terapeuta-paciente, na qual um afeta o outro. Esse afetar mútuo proporciona ao terapeuta a oportunidade de conscientizar-se de si, de seus complexos, assim como do que não lhe pertence, para poder discernir quando estes conteúdos são do paciente. Tornou-se essencial ao terapeuta a busca por seu autoconhecimento a *priori*, pois caso isso não fosse feito antes de adentrar em um processo psicoterapêutico com um paciente, que seja realizado, então, quando ele perceber que essa diferenciação entre os conteúdos não esteja sendo alcançada.

Ao se tratar da terapeuta-acadêmica, no processo de autoconhecimento foi necessário durante o atendimento psicoterapêutico, pois, ao adentrar nas experiências e na demanda pessoal do paciente, houve semelhanças entre as duas realidades. Assim que as semelhanças foram percebidas, a terapeuta sentiu-se "travada" (sic), motivo este que a levou à psicoterapia e própria análise, para fins de limpeza do campo relacional. Percebeu-se, nesse momento, os elementos contratransferências e como eles influenciaram no processo analítico (SALENT, 2002). Por outro lado, para Jung (2013b, p. 226),

a contratransferência está em toda relação, não somente no *setting* analítico:

> com efeito, qualquer projeção provoca uma contra projeção todas as vezes que o objeto não está consciente da qualidade projetada sobre ele pelo sujeito. Assim um analista reage a uma "transferência" com uma "contratransferência", quando a transferência projeta um conteúdo de que o próprio médico não tem consciência, embora exista realmente dentro dele.

Percebe-se, com isso, que, tanto o paciente quanto a terapeuta estiveram envolvidos em uma relação de mútua inconsciência. Em relação à transferência, Jung (2012, p. 103) assegura tratou-se de "[...] um fenômeno natural em si, que de modo algum se produz unicamente no consultório médico". O vínculo e a relação transferencial ocorram de forma natural sob circunstâncias de situações humanas. Cabe ressaltar que Jung concebe a transferência não como algo patológico, mas um fenômeno psíquico que contempla o inconsciente, que por sua vez, se comunica com a consciência (PORTELA, 2013).

Haja visto que há uma ligação entre o eu do terapeuta e o eu do paciente, acredita-se que ambos realmente estão passíveis de bloqueios e/ou de transformações. O terapeuta, portanto, somente poderá se autotransformar se estiver disposto a se autoconhecer. Sobretudo, somente poderá atuar como facilitador do processo do

paciente se já estiver experimentado isso em seu próprio processo de análise. A personalidade do terapeuta, neste caso, consagra-se como seu método de análise (JUNG, 2013a).

Ao falar sobre isso, a terapeuta, ao receber as informações do paciente, teve a sensação de não o estar diante de sua totalidade, mas como um fragmento do ser humano que se defrontava diante de si. Ao refletir sobre essa questão, a terapeuta percebeu o fato de não o sentir poderia ser um reflexo do paciente carecer de um contato consigo mesmo, conforme percebemos em Kast (2013, p. 214):

> quase não sinto o homem diante de mim", [...] pessoas que sentem a si mesmas sem dificuldade também podem ser facilmente sentidas pelos outros. Em pessoas que apresentam dificuldades nesse sentido é preciso um longo percurso para alcançar esse ponto.

Nesse sentido, as impressões da terapeuta se confirmam com a autora, pois, da mesma forma, a terapeuta observa o homem à sua frente, percebendo suas narrativas, emoções, experiências marcantes, porém, enfrentando as mesmas dificuldades, porque os conteúdos do paciente, também eram partes de si ainda não elaboradas.

Dadas estas evidências, tornou-se necessário recorrer a autoanalise em busca de identificar a origem do entrave e também para entrar em contato com o outro,

neste caso, o paciente. Surgiram na terapeuta sentimentos de culpa diante da estagnação do processo psicoterapêutico. Percebe-se que, tanto a terapeuta, quanto o paciente estavam circundados por uma relação de mútua inconsciência. Em relação a isso Jung (2012) evidencia que há constelações que surgem no inconsciente do paciente em direção ao inconsciente do terapeuta, e vice-versa.

No entanto, essa contaminação de conteúdos do paciente que são absorvidos por ambos, não representaram um empecilho ou prejuízo ao progresso terapêutico. Ao contrário, se não houvesse essa contaminação, talvez tais conteúdos inconscientes, jamais seriam assimilados pela consciência (JUNG, 2012). Essa contaminação inconsciente serviu como possibilidade para que ambos buscassem o autoconhecimento e, consequentemente, a terapeuta pudesse adentrar em conteúdos do paciente até então não acessados.

A transformação, segundo Salant (2002) é um processo doloroso para a psique, pois há um movimento que corresponde ao contrário do habitual. Enquanto a psique tenta manter-se estável, a transformação exige novas formas, instabilizando-a ou desinstabilizando-a, e podem causar sensações de perda de identidade. Contudo, a análise movimenta essa psique, causando desde as mudanças mais sutis até aquelas mais profundas.

Desse modo, é diante da relação terapêutica que o eu do terapeuta perpassou pelo eu do paciente, ou seja, na relação entre ambos. Por conseguinte, ambos estão passíveis de sofrer transformações internas resultante da interação estabelecida, assim como de sofrer com as distorções das percepções coexistentes (FRANZ, 1999). Há, portanto, um caráter fortemente humano na psicologia analítica que compreende a personalidade do terapeuta como uma das principais ferramentas de seu trabalho (JUNG, 1985).

Considerando estes aspectos, o paciente só pode transformar seus conteúdos, quando os do terapeuta também estivessem elaborados. Assim, ainda que existam as quatro fases do processo terapêutico, há uma outra que as complementa as fases anteriores, denominada autoeducação. “A exigência da fase de transformação, isto é, que o médico também se transforme para ser capaz de transformar o doente” (JUNG, 2013a, p. 87). Então em relação a terapeuta acadêmica, ressalta-se que, apesar de ter iniciado o seu processo terapêutico antes do paciente, o encontro analítico lhe proporcionou a assimilação de conteúdos até então não elaborados. Neste sentido, compreendeu-se que somente há cura, aquele que foi de alguma forma, foi ferido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou analisar as consequências da transferência e da contratransferência implicadas no processo terapêutico em uma Clínica-Escola de Psicologia. Pode-se evidenciar, nos resultados, o modo como à relação de transferência e contratransferência influenciaram diretamente no progresso terapêutico. Diante disso, percebeu-se que, quando veio permeada por sentimentos que remetiam à confiança, o processo se desencadeou de forma fluida.

sentimentos que remetiam à confiança, o processo se desencadeou de forma fluida.

Notou-se ainda que só foi possível ocorrer a transformação a partir do momento em que por parte da acadêmica terapeuta, houve maior clareza quanto à limpeza do campo relacional, ou seja, quanto a necessidade de separar os conteúdos que lhe pertenciam daqueles pertencentes ao paciente, bem como reconhecer os que eram comuns a ambos. Houve, portanto, não somente a terapia direcionada ao paciente, como simultaneamente, a própria terapeuta, agregando ainda a orientação e supervisão que, a partir do processo realizado logrou maior eficácia na intervenção junto ao mesmo.

Contudo, verificou-se que, no *setting* terapêutico, emergiram conteúdos que eram resultado da relação terapeuta-paciente e pelos quais houve a influência de

um sobre o outro. Assim, por meio da transferência e da contratransferência, paciente e terapeuta, respectivamente, depararam-se com elementos inconscientes a ambos. Portanto, eles só se tornaram passíveis de vir a consciência, quando os conteúdos projetados pelos complexos individuais, já tinham possibilidade de serem sido assimilados pelo ego.

Percebeu-se que, o caminho que a terapeuta percorreu ao longo da jornada do vir-a-ser psicóloga encontra-se ainda em fase de construção, motivo pelo qual existe um longo processo a ser percorrido. Portanto, considera-se que a experiência foi valiosa para o seu crescimento enquanto acadêmica, porém, é necessário ainda a continuidade, pois sabe-se que o paciente só consegue percorrer os caminhos pelos quais o terapeuta já passou. O processo de autoconhecimento é uma instância de contínuo aprendizado e, por isso, evidencia-se a necessidade de se estar em constante atitude de abertura e transformação.

Sugere-se mais pesquisas sobre o aprofundamento da relação terapeuta-paciente a partir da perspectiva de um acadêmico em formação, tendo em vista, a investigação de variáveis que possam contribuir para os fatores de transferência e contratransferência, bem como, de outras possibilidades em que os estágios acadêmicos em psicologia se possam contribuir, compreender e clarificar os fatores relevantes sobre a da relação terapeuta-paciente e seus processos de transformação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRUSQUE - UNIFEBE. **Manual de Orientações Metodológicas**. Brusque, 2013.

CONSUNI. **Regulamento de Estágio de Psicologia.** Aprovado pela resolução CONSUNI 10/15, de 08/04/2015.

DIETERICH, Heinz. **Novo Guia Para a Pesquisa Científica.** Blumenau: Ed. da FURB, 1999.

FADIMAN, J.; FRAGER, R. **Teorias da Personalidade.** Editora Harbra. São Paulo. 1986

FRANZ, Marie-Louise Von. **Psicoterapia**. São Paulo: Paulus, 1999.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HALL, S. Calvin & NORDBY Vernon. **Introdução à Psicologia Junguiana.** São Paulo: Cultrix, 1986.

JACOBY, Mario. **O encontro analítico:** transferência e relacionamento humano. 2. ed. São Paulo: Cultrix, 1992.

JACOBI, J. **Complexo, Arquétipo e Símbolo na Psicologia de C. G. Jung.** Petrópolis: Vozes, 2017.

JUNG, Carl Gustav. **Fundamentos de psicologia analítica.** 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

JUNG, Carl Gustav. **A prática da psicoterapia.** 16. ed. Petrópolis: vozes, 2013a.

JUNG, Carl Gustav. **A natureza da psique.** 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2013b.

JUNG, Carl Gustav. **Ab-reação, análise dos sonhos e transferência.** 9.ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

JUNG, Carl Gustav. **O Homem e seus símbolos.** 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

KAST, Verena. **A dinâmica dos símbolos:** Fundamentos da psicologia junguiana. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

LYRA, Sonia. **Corpo sutil e imaginação ativa:** Fron teiras entre o inconciene psíquico e o inconsciente somático. Disponivel em <https://sonialyra.com.br/corpo-sutil-e-imaginação-ativa-fronteiras-entre-o-inconsciente--psiquico-e-o-inconsciente-somatico>. Acesso em: 06 de novembro de 2017.

MARCONI, Marina Andrade de; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa .** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

OLIVEIRA, Marta Kohl de. **Vygotsky. Aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico.** São Paulo: editora Scipione, 1995.

PACINI, Alexandre Felipe. **Aspectos sobre a transferência e a contratransferência sob um olhar junguiano.** 72 p. 2010. Mografia (Especialização em Psicologia Analítica) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2010.

PORTELA, Bruno de Oliveira Silva. **A cura d'alma na psicologia de Carl Gustav Jung.** Dissertação (Programa de Pós-graduação em Ciência da religião) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora 2013.

SALANT, Nathan Schwartz. **A Relação: Psicologia, Clínica e Terapia dos Campos Interativos.** Dinâmicas de Casal à Luz da Metáfora Alquímica. Tradução: Albertina Laufer. Milão: Ed. A Biblioteca de Vivarum, 2002.

STEIN, Murray. O revelado e o oculto nas relações com outros (Persona e Sombra). In: **Jung o mapa da alma:** uma introdução. 5. Ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

WHITMONT, Edward. C. **A busca do símbolo:** conceitos básicos de psicologia analítica. 2 ed. São Paulo: Cultrix, 1994.

PSICOSSOMÁTICA: o sintoma como expressão da alma

Fernanda Silva de Oliveira
Grasiele Rosvadoski da Silva

9

As emoções possuem forte influência sobre a vida dos indivíduos, pois estas acarretam manifestações inconscientes por meio de sintomas. Para a psicologia analítica, as origens dos sintomas psicossomáticos são compreendidas devido a situações de conflitos emocionais que ocasionam um redirecionamento da energia psíquica, motivo pelo qual ela se expressa por meio do sintoma evidenciado no corpo orgânico do indivíduo (SILVA, 2013).

Jung compreende que a natureza da psique possui uma antinomia fundamental, logo a proposição: a psique depende do corpo, o corpo depende da psique. Estabelece-se aqui a formulação dialética que explica

o significado da interação psíquica, elevando a relação de troca entre dois sistemas psíquicos: psicoterapeuta e paciente. Neste sentido, a pessoa é um sistema psíquico atuando sobre outra pessoa, ou seja, entra em interação com outro sistema, o que respalda sobre a infinidade variável da individualidade do sistema (JUNG, 2013).

A palavra psicossomática provém das palavras gregas, psique (=alma) e soma (=corpo). O significado destas palavras é a relação entre corpo e alma, isto é, entre os processos físicos, biológicos e psíquicos, portanto, a denominação doença psicossomática atribui questões patológicas entre corpo e alma. O conceito evoluiu desde a era da Grécia antiga com Hipócrates, na Idade Média com René Descartes, autor este que fundamentou o dualismo entre corpo e alma. Porém, o homem deve ser tratado como um todo e não como partes de funções separadas (LYRA, 2016)

Justifica-se a escolha desta temática devido à forma com a qual a psicossomática viabiliza a humanização do cuidado, partindo da premissa de que as dimensões psíquicas, orgânicas e sociais possuem conexão e influência umas sobre as outras. Como visto, para a psicossomática a psique e o corpo constituem dois polos de um mesmo fenômeno. Jung, no decorrer de seu percurso enquanto estudioso da alma humana, constantemente demonstrou a importância das relações entre o campo somático e o psíquico (FORDHAM, 1972).

Com vistas a estas percepções, foram realizados atendimentos na abordagem analítica, com o objetivo de analisar o fenômeno psique-corpo e o efeito psicossomático no desenvolvimento da doença. Foi procedido pela busca do significado que tal doença possui, verificando o símbolo expresso por meio desta e investigando se houve ou não a sua compreensão e integração. Ainda, quanto à disposição didática, a pesquisa apresenta a seguir o referencial teórico e a visão analítica da psicossomática, bem como, da doença como expressão simbólica do corpo.

1 PSICOLOGIA ANALÍTICA

Antes de adentrar nos conceitos escolhidos para análise, é importante mencionar seu propulsor e criador, Carl Gustav Jung. Psicólogo suíço, nascido em 26 de julho de 1875, Jung teve uma vida longa e permeada por várias obras de sua autoria e participação. Era filho de um pastor protestante, casado com Emma Rauschenbach, de origem nobre e com quem teve cinco filhos. Jung teve formação em medicina e especializou-se em psiquiatria (FORDHAM, 1972; VON FRANZ, 2008).

Por anos consecutivos, Jung trabalhou em uma clínica psiquiátrica em Zurique simultaneamente em que atendia pacientes em seu consultório particular. Em 1907, iniciou uma estreita amizade com Freud. Em 1910

foi eleito presidente da Associação Internacional de Psicanálise. A amizade entre ambos, circundada por diferenças teóricas e opiniões dissemelhantes, se rompe por volta de 1913 (ROTH, 2011).

A sustentação da teoria psicossomática está relacionada com o teste associativo de palavras, Jung lançou o teste em 1906 para melhor entender o fenômeno psique-corpo. O objetivo inicial da observação, era diagnosticar neurose e psicose através de complexos acessados no momento do experimento. Por meio das consequências desse seguimento, Jung afirmou que "sintomas físicos e psíquicos não são nada mais do que manifestações simbólicas de complexos patogênicos" (RAMOS, 2006).

Assim, quando falamos de neurose, psicose e sintomas de natureza somática ou psíquica, estamos falando de conteúdos que emergem dos complexos. Então, o complexo é exposto como "uma coleção de várias ideias, as quais, em consequência de sua autonomia, são relativamente independentes do controle central da consciência e a qualquer momento capazes de cruzar ou contrariar as intenções do indivíduo" (RAMOS, 2006, p. 54). Assim, quanto maior a intensidade e autonomia do complexo, mais intenso será a sintomatologia na vida do indivíduo. Por tanto, quando se instala a constelação do complexo, acontece alterações fisiológicas e transformações na estrutura corpórea total, podendo ser percebida ou não pelo indivíduo. A modificação pode ser percebida através de

um mal-estar indefinido ou exprimindo-se a sintomotologia tornando-se mais evidente (Ramos, 2006).

A psique é definida por Jung (1983) como instância de conceitos psíquicos e pela descrição dos processos que religam permanentemente esses lugares. Ainda, a psique é uma realidade viva e dinâmica que inclui tanto o eu quanto os arquétipos. Todas essas manifestações psíquicas se inscrevem dentro de uma concepção de totalidade. Os lugares psíquicos dizem respeito à consciência, ao inconsciente pessoal e ao inconsciente coletivo. Haja vista a noção de psique adotada por Jung, esta abrange a totalidade da vida, consciente e inconsciente (JUNG, 2000; JUNG, 2009).

Percebe-se que Jung perpassa por diversas áreas, desde a individual, social, pessoal e coletiva, o que demonstra que apesar de distintas, estão interligadas e em movimento. Contudo, os fatores universais se apresentam em forma individual e, caso sejam considerados de forma plena, também se produzirá um efeito individual. Isto quer dizer, que há uma ligação estreita entre seres humanos, a cultura, assim como um passado cultural. O inconsciente mensurado não é somente individual, mas também coletivo, cultural, histórico e universal (JUNG, 2008). Jung (2002, p. 120) concebe o inconsciente como "a mãe criadora da consciência. A partir do inconsciente é que se desenvolve a consciência".

2 PSICOSSOMÁTICA NA VISÃO ANALÍTICA

A psicossomática possui em sua base histórica indícios de já ter sido utilizada na Grécia Antiga, quando Platão afirma que a medicina pertence ao homem total, assim como a cura deve se dirigir à alma. Isto traduz o processo de adoecimento, já que é o homem total que adoece e afeta todas as suas dimensões, inclusive a psíquica. O termo medicina psicossomática foi introduzido apenas nas primeiras décadas do século XX (JUNG, 1986; FARAH, 2011).

Aproximadamente nos anos de 1940, houve um marco histórico indispensável à propagação da psicossomática, a fundação *American Psychosomatic Society*, sancionada por Helen Flanders Dunbar. Esta fundadora esteve em Zurique, acompanhada pelo precursor da psicologia analítica, Jung. Este encontro amistoso influenciou a visão de Dunbar acerca da psique e as reações fisiológicas interligadas (RAMOS, 2006).

O posicionamento de Jung (2000) demonstra que quando há certo funcionamento equivocado oriundo da psique, outras dimensões no corpo do indivíduo podem ser afetadas de modo conjunto. O processo também pode suceder de modo inverso, isto é, um sofrimento fisiológico pode afetar dimensões psíquicas, haja vista que a psique e o corpo não são separados, mas mensurados e animados diante de uma mesma vida.

Acredita-se que são raras as exceções em que a psique não revela complicações que estão intrinsicamente ligadas a dimensão fisiológica, assim como o inverso. Jung concebe a inter-relação mente-corpo como essencial no processo de adoecimento. Confirma também que há nessa relação um caráter arquetípico, que percebe o sentido do sintoma em dimensões mais profundas do que o simples adoecimento: como se a alma e o corpo físico fossem compostos por elementos já existentes de nossos antepassados. Assim, os elementos novos circunscritos na alma são resultados de uma recombinação, passível de modificação ao longo dos tempos, mas encoberta por componentes extremamente antigos. Existe, portanto, um caráter histórico não somente no corpo, mas na alma humana, que ultrapassa os limites de apenas uma vida (JUNG, 2003; JUNG, 2011).

Na psicologia, um dos campos que busca explicar o corpo como uma expressão psíquica é a psicossomática. A palavra "psicossomática" abarca em si sentidos diversos. Pode denotar um determinado grupo de patologias que através de fatos psíquicos são expressos em sintomas orgânicos. Pode abarcar ainda conteúdos referentes a uma especialização clínica, um conjunto teórico e prático que visa auxiliar a restabelecer a saúde no corpo adoecido através de procedimentos psicoterapêuticos. Atualmente, o conceito se amplia para considerar também a psicossomática como uma abordagem inter-

disciplinar. Com isso, possibilita ao profissional atuar de modo a compreender a relação da saúde humana, penetrando em fatores orgânicos, psíquicos, bem como, em sociais (SILVA, 2013).

Portanto, não se trata de responsabilizar os conflitos emocionais pelo surgimento de problemas de saúde, mas de compreender o modo como essas dimensões interagem entre si. Em vista disso, a psicossomática surge como potencializadora da mudança dos paradigmas do modelo biomédico. Como apresenta uma visão biopsicossocial, rompe com o tradicional método de centrar-se somente nos processos orgânicos sem atentar nos fenômenos psíquicos envoltos (SPINELLI; NEDER, 2010).

Desse modo, Selye (1956) apresenta que na metade do século XX, aproximadamente, propagava-se a ideia de que um elemento de adaptação poderia existir em todas as doenças. Essas doenças, decorridas da adaptação, seriam respostas do corpo, ou seja, um misto de defesa e submissão. Como exemplo disso, Ramos (2006) afirma que a retocolite ulcerativa decorre após um evento traumático. É de elevado nível estressor e pode desencadear uma crise. Essa crise gera reações fisiológicas que, por sua vez, comprometem o sistema imunológico do indivíduo.

A doença é propriamente concebida como símbolo, envolvida por elementos ainda de origem obscuros e desconhecidos. Portanto, pode-se pensar que o sintoma

psicossomático é compreendido pela psicologia analítica como um processo em que uma questão subjetiva se traduz como expressão simbólica do corpo (ÁVILA, 1996).

3 DOENÇA COMO EXPRESSÃO SIMBÓLICA DO CORPO

O termo ‘corpo’ refere-se aos aspectos materiais ou físicos pertencentes a qualquer ser humano. Visto dessa forma, remete à presença de características de forma, como cabeça, tronco e membros. Entretanto, o modo como cada ser humano experimenta esse corpo lhe torna particularmente singular, dando a ele uma identidade que lhe é única. Revela-se, então, que a relação entre indivíduo e corpo aponta para uma realidade de essência, de natureza íntima e profunda, portanto, o corpo aqui tratado transpassa a visão de matéria, pois fazer isso seria como concebê-lo apenas ao modo de engrenagens. A partir de uma visão de corpo como matéria, tem-se uma perspectiva reducionista e um retrocesso na ciência, visto que essa percepção era fortemente utilizada entre os séculos XVIII, XIX e parte do século XX (JUNG, 1994; SIVADON; ZOILA, 1988).

Jung concebe o corpo e a psique como constituintes de uma única realidade. Visto por essa ótica, a psicossomática surge na tentativa de religar o que era equi-

vocadamente concebido como elementos separados, ou seja, psique e soma. Como o próprio termo já evidencia, a psique é também somática, quanto a soma é também psíquica (VARGAS, 2002).

A tentativa de religar psique-soma permite sua hominização, ou seja, permite conceber a aquisição de atributos pessoais e de espécies ancestrais. Conhecer e desbravar o corpo é também aprender a ocupar-se com o corpo sadio e prevenir as enfermidades futuras. O corpo físico, enquanto matéria, possui uma imagem que dialoga com o consciente e inconsciente através de símbolos (JUNG, 1983). Vargas (2002, p. 30) corrobora que "é por meio dos símbolos que os diferentes arquétipos estruturam nossa consciência, nosso ego, ao longo de nossa existência", portanto, é cabível conceber o corpo enquanto dimensão simbólica, isto é, como parte constituinte da psique.

O corpo através de uma linguagem corporal evidencia símbolos fornecidos pelo inconsciente, que por sua vez, atuam na direção de um sentido. O sentido simbólico pode ser encontrado em quaisquer expressões: atitudes, posturas, mímicas, interações sociais, sentimentos, pensamentos e percepção do mundo circundante. Um exemplo de símbolo coletivo, que dá sentido à vida humana, diz respeito aos símbolos religiosos. Subentende-se o corpo como uma dimensão estruturante e arquetípica, que expressa as intenções e a essência do

indivíduo (RODRIGUES; LIMONGI-FRANÇA, 2010; WHITMONT, 2010).

Compreende-se tanto a doença quanto a saúde como imagens simbólicas, sendo à primeira vista como um símbolo que denota disfunção no eixo ego-*Self*. Quando o indivíduo compreender os sentidos desse símbolo, e, consequentemente, tornar-se consciente, o seu quadro de saúde tende a melhorar. Amplia-se a consciência e integram-se no ego os conteúdos conscientes. Portanto, a doença, assim que instalada, informa ao indivíduo que algum material reprimido precisa ser integrado e/ou religado ao ego no eixo com o *Self*. A partir daí, entende-se a somatização como um viés encontrado diante de um excesso de energia canalizada parcialmente, utilizando o corpo para atingir sua meta (JUNG, 1980; RAMOS, 2006).

O *Self* pode ser compreendido como o arquétipo central que corresponde à ordem, organização e unificação. É, portanto, a totalidade da psique. Juntamente com o Ego, o *Self* está no eixo Ego-*Self*, no qual atua a função de transcendência. Entende-se que o sintoma constitui uma disfunção no eixo Ego-*Self*, sendo uma representação simbólica desta desconexão. Essa perturbação do eixo pode ser ocasionada por problemas de origem tanto corporal, quanto psíquica. Alude também à existência de um *Self* corpóreo, ou seja, uma consciência corporal desconectada do *Self*, ou seja, o indivíduo perde a per-

cepção de corpo enquanto totalidade, vislumbrando somente parte deste corpo total (*Self* corpóreo) (RAMOS, 2006).

Nesse sentido, Ramos (2006, p. 62) acredita que "fenômenos psicossomáticos podem ser evitados onde organizações neuróticas emergem". Os sintomas neuróticos surgem como uma proteção da estrutura neurótica, de modo a lidar com alguma dor emocional ou conflito interno. Tendo em vista que "a comunicação verbal dos estados afetivos está em geral desconectada de seus sintomas, de seu corpo" (RAMOS, 2006, p.62), este corpo encontra, através do sintoma, uma forma simbólica para comunicar-se. Portanto, considera-se o sintoma como uma representação simbólica gerada por disfunções e perturbações no eixo Ego-*Self* (JUNG, 1980; RAMOS, 2006).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada a partir do método de pesquisa documental. Dado que as pesquisas de natureza qualitativa envolvem numerosos materiais empíricos direcionados a estudos para a compreensão da vida humana, é possível fazer uso de estudos de caso, experiências pessoais, histórias de vida, relatos de introspecções, produções e artefatos culturais, interações, enfim, materiais que descrevam a rotina e os

significados da vida humana. Nesse sentido, foram utilizados como materiais para a coleta de dados, os prontuários psicológicos e registros documentais das sessões de psicoterapia realizados em uma faculdade do Vale do Itajaí (FACHIN, 2001; BECKER, 1997).

A pesquisa documental é realizada a partir da análise de documentos contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. É uma fonte rica e estável de dados, já que lhe confere vantagens devido a não exigência de contatar com os sujeitos participantes da pesquisa e possibilitar uma leitura aprofundada nas fontes. Assemelha-se, até certo ponto, com a pesquisa bibliográfica, obtendo como diferencial a natureza das fontes, ou seja, podem ser utilizados materiais que ainda não receberam tratamento analítico ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa (FACHIN, 2001).

Como etapa inicial da pesquisa, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos prontuários e registros documentais. Foram selecionados todos os documentos que pertencem a paciente, desde o primeiro dia de atendimento psicoterapêutico realizado em uma faculdade do Vale do Itajaí. Incluíram-se na análise, os prontuários e registros documentais que continham em sua estrutura palavras que remetiam aos sintomas orgânicos e aos fatores emocionais envolvidos. Assim, os critérios de inclusão resumem-se na ocorrência de vín-

culo, no documento, entre sintoma e fatores emocionais e/ou psicológicos.

Os critérios de exclusão resumem-se a descrição de apenas um item, ou seja, descrever somente os sintomas físicos no documento ou apenas ou aspectos psicológicos ou emocionais. Além disso, foram excluídos os documentos que não expressavam vínculo entre o sintoma da paciente com os problemas emocionais ou psicológicos.

Tendo em vista que a pesquisa documental não expõe o sujeito participante a intervenções diretas e que possam lhe inferir prejuízos, pois utiliza para análise documentos originais desprezando informações pessoais e nomes. No entanto, cabe destacar que todos os cuidados éticos profissionais foram devidamente adotados, conforme resolução Conselho Nacional de Saúde 466/2012. A proposta de pesquisa foi apresentada à paciente, que por sinal atribuiu parecer favorável através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o seu desenvolvimento.

4.1 CASO CLÍNICO

A pesquisa abordou uma usuária do sexo feminino, atendida na Clínica Escola e Serviços de Psicologia de uma faculdade do Vale do Itajaí, que foi atendida pela acadêmica autora desta pesquisa. A escolha do sujeito

deu-se a partir do atendimento contínuo da participante e seu total consentimento para a pesquisa. Analisou-se uma paciente Mulher, 29 anos, atualmente atua como servidora pública na área da saúde, dois filhos frutos de seu relacionamento conjugal, divorciada e graduanda de Pedagogia. Sua queixa remete às situações passadas conflituosas com o ex-cônjuge, que consequentemente, resultaram em divórcio. Atualmente, a relação entre eles está equilibrada, porém, a paciente expressa sintomas orgânicos como: pressão alta, ansiedade e problemas na coluna. Quando se defronta com alguma situação de forte estresse ou carga emocional, os sintomas ressurgem com mais intensidade. A paciente fez um ano de atendimento psicoterapêutico com a autora desta pesquisa, encerrando em novembro de 2017.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O intuito da análise dos resultados consiste em relacionar os sintomas apresentados pela paciente a partir da perspectiva da doença como símbolo. A queixa inicial e principal do processo terapêutico cedeu aos conflitos ocasionados posteriormente à separação conjugal. A referida paciente foi casada durante sete anos e possui dois filhos, uma menina de seis anos e um menino de três anos. Relatou que se sentia incapaz de cuidar das crianças, pela falta do companheiro. Em dado momento,

afirmou ser agressiva com seus filhos, pois reduzia toda sua raiva neles. Acreditava que essas atitudes não estavam corretas, porém não conseguia controlar-se diante da raiva que sentia.

Mencionou que seu marido foi infiel no casamento, e no último ato de infidelidade decidiu comunicar a separação. Comentou que o marido era agressivo, possessivo e que não a deixava *"fazer nada"*[22] (sic). Até aquele momento não havia revelado aos filhos a saída de casa por parte do pai, em função da sua proibição para tal feito. Sentia-se mal com isso, pois os filhos cobravam a sua presença. Neste momento, a paciente afirmou que se sentia *"desestimada com relação a vida e ao cuidado dos filhos"* (sic). As demandas sintomáticas que expressaram a simbologia no corpo da paciente são: hipertensão arterial, ansiedade. Em suma, incialmente a paciente demonstrou que não compreendia qual a relação entre estas demandas sintomáticas com as psicológicas, mas afirmava estar disposta a investigar juntamente com a terapeuta as suas perturbações (RAMOS, 2006).

As descrições supracitadas corroboram com a personalidade tipo A, descrita por Ramos (2006), que neste tipo de personalidade, prevalece certos comportamentos que remetem à hostilidade e ao isolamento social. Como a autora descreve que estes indivíduos, mui-

[22] As citações literais provenientes do caso clínico foram extraídas dos prontuários e registros documentais da paciente.

tas vezes, adotam comportamentos agressivos frente aos outros, gradualmente há a tendência de perder o contato social. Sendo que em sua maioria, são solitários, divorciados, separados ou viúvos.

Quando o indivíduo aparentemente está com saúde, quando o fluxo entre consciente e inconsciente está livre e conteúdos irracionais, os quais são assimilados à consciência. Neste sentido, quando há saúde, o eixo ego-*self* encontra-se equiparado. Contudo, quando há ausência de equilíbrio entre esses dois polos percebe-se uma falha neste fluxo e instala-se a doença, demostrando que a psique está solicitando recursos para retornar ao equilíbrio inicial. Então, o organismo entende que a doença pode ser a intermediação do que precisa de atenção e cura. No entanto, evidencia-se que a doença possibilita a recuperação da mediação com o inconsciente (HASUNUMA, 2008).

A princípio, a análise da paciente centrou-se em eventos que mais lhe causavam desequilíbrio emocional, isto é, a relação com o ex-esposo e o trabalho, em que permeavam os conflitos mais frequentes. Relata que permanecia longos períodos com a pressão arterial em descontrole: bastava um evento estressor que seu organismo reagia com os sintomas já destacados. Um dos principais fatores desencadeantes foram as discussões, diante das quais sentia-se extremamente irritada e com raiva. Fica explícito que o relacionamento de ambos era

hostil, principalmente nas falas: (sic) *"sinto tanta raiva e indignação por ele não se importar com os filhos" ou "eu estava tão bem, ele tinha que vir me incomodar"* (sic).

Percebe-se também que a pressão sanguínea pode ser elevada, por exemplo, em um conflito inevitável, ou somente em pensar que ele é inevitável, bem como, pode diminuir se o indivíduo verbalizar o conflito. Chega-se a esta compreensão através da prática, por meio da qual pode ser descoberto subjaz a esta pressão arterial (DEHLEFSEN; DAHLKE, 2007).

Com este relato, podemos associar o comportamento da paciente com o complexo materno, onde afirma que, possuímos as dificuldades de relacionamento com os outros e consigo mesma devido as vivências do início da vida. O agente de desenvolvimento na identidade de criança é a mãe, é a principal referência. Diante essa convivência, alguns indivíduos adquirem semelhança psicológica e biológica da mãe e, possuem relacionamento ambivalente de amor e ódio (CAMPELO, 2010). No início processo terapêutico, paciente relatou situações conturbadas no relacionamento com a figura materna e como era a dinâmica familiar na sua infância.

Por meio deste relato, torna-se possível associar fatores neurogenéticos na patogenia das doenças cardíacas, ao adentrar nas doenças cardiovasculares. De acordo com Hasunuma (2008), indivíduos que apresentam

estes fatores psicológicos de risco, geralmente apresentam hostilidade antagônica. Ramos (2006, p. 84) ressalta que "[…] um estilo de interação desagradável e/ou não-cooperativo, o qual inclui expressões de arrogância, argumentação, rispidez e mau humor". Ainda, manifestações de raiva e irritação também podem provocar mudanças nas medidas cardiovasculares, se agravando em indivíduos com alto grau de hostilidade. Nesse sentido, a hostilidade e os conflitos interpessoais frequentes corroboram para o potencial desenvolvimento de doenças cardiovasculares (RAMOS, 2006)

Segundo Dethlefsen e Dahlke (2007) a pressão sanguínea extremamente alta pode ser chamada de hipertonia. Como a pressão sanguínea pode ser considerada "a expressão do dinamismo de um ser humano" (DETHLEFSEN; DAHLKE, 2007, p. 191), geralmente indivíduos hipertônicos fogem de conflitos, se afastam de ambientes que ocasionam o conflito por meio de uma atividade exagerada ou funcionamento supérfluo. Com esta questão, existem indícios de raiva e agressividade reprimida. A exaltação agressiva leva à pressão alta, o autocontrole faz com que os vasos sanguíneos se contraiam e o sangue pressiona as paredes dos vasos direcionando ao aumento da pressão e assim, a agressividade não controlada pode levar o infarto do coração (DEHLEFSEN; DAHLKE, 2007).

A partir do momento em que a paciente reduziu a fuga em relação ao ex-esposo e simultaneamente os pensamentos e emoções negativas minimizaram, percebeu-se que parece ter havido um reconhecimento acerca dos recursos e repetição de ciclos familiares. Dessa forma, notou-se que a comunicação e expressão da paciente diante dos filhos e do ex-marido foram transformadas, os seus sintomas reduziram, fatores que a levaram a enfrentar o conflito com maior maturidade emocional (DEHLEFSEN; DALKE, 2007).

A partir do exposto, paciente refletiu sobre a dinâmica familiar de sua infância, assimilando com a educação que estava proporcionando aos seus filhos, chegando a conclusão da repetição de ciclo familiar e autorreflexão do comportamento hostil. Campello (2010, p. 37) constata "(...) que o relacionamento mãe e filha deixa marcas profundas na psique da filha, influenciando a forma de relacionamento dela de forma abrangente: com as outras pessoas; com o próprio corpo; (...)." Partindo dessa reflexão, veremos adiante o comportamento da paciente diante essa tomada de consciência.

Por meio dessas ações, "o coração é o símbolo de um centro do ser humano que não é controlado nem pelo intelecto, nem pela vontade" (DEHLEFSEN; DAHLKE, 2007, p. 194). Trata-se de um centro um pouco mais para a esquerda, na direção vinculada ao sentimento, o qual encontra-se no lado direito do cérebro (DEHLEF-

SEN; DAHLKE, 2007). Assim, a personalidade, muitas vezes, autoritária da paciente entrava em choque nos momentos de conflitos, pois perdia o controle dos outros sobre si mesma e vice-versa. Então, evidencia-se que diante de determinadas emoções, perde-se o domínio da situação, tanto sobre si, quanto sobre os demais. A partir disso, a paciente confirma a premissa apontada acima, *eu gosto de estar no comando e se não estiver fico irritada. Tenho personalidade de líder* (sic) (DEHLEFSEN; DAHLKE, 2007).

Entretanto, na análise observou-se que a paciente apresenta autoestima baixa e sentimento de impotência diante dos acontecimentos, conflitos ou obstáculos que ocorreram dentro do processo terapêutico. Sustenta-se tais afirmações a partir de suas narrativas e postura em psicoterapia, como por exemplo, quando ela relata: *preciso me amar mais* ou *me sinto impotente diante do luto da minha mãe em relação à morte do meu irmão e na criação dos meus filhos* (sic). Seguindo esta premissa, a paciente apresentou mudança de percepção sobre si mesma e do relacionamento com o ex-marido, apresentando emoções tais como: amor, carinho atenção, tom de voz suave ao falar das situações *estou me amando mais, percebi o quanto sou capaz* (sic), *quando mudamos a forma que tratamos os outros tudo muda, parece outro pai, outra mãe e outras crianças* (sic) (DEHLEFSEN; DALKE, 2007).

De acordo com o supracitado, no início do processo terapêutico a paciente apresentava nível elevado de conflitos, principalmente no trabalho e com o ex-marido. Em um dos prontuários analisados, ela descreve que o trabalho e o divórcio estavam pressionando-a e que, por vezes, não sabia como deveria agir. Em outro momento, relata: *o que eu possuo em excesso na minha vida é a raiva* (sic). Indivíduos que apresentam este problema, desenvolvem em seu interior uma excitação a longo prazo, onde a imaginação induz e o sistema circulatório preserva essa condição em função da expectativa de se transformar em ação. Quando o evento não se concretiza, o indivíduo vive sob pressão. Pode-se relacionar tal fenômeno ao conflito, pois ao falar sobre ele pode causar o aumento da pressão, mas também falando do mesmo conflito pode ser revertido (DEHLEFSEN; DALKE, 2007).

Quando falamos de hipertensão, logo estamos falando em sangue. Assim, Dahlke (2007, p. 191) "o sangue é o símbolo da vida. O sangue é o portador material da vida e expressão da individualidade. O sangue é um "suco muito especial" – é o suco vital". Podemos afirmar que a pressão sanguínea é a expressão do dinamismo de todo ser humano. Ele se forma a partir da troca, entre comportamento do sangue fluído e a vias sanguíneas partindo desse fluxo. Sempre que indagarmos a pressão sanguínea, devemos ficar atentos ao que por um

lado o que flui o líquido, e por outro lado, a limitação de resistência das paredes desses vasos (DEHLEFSEN; DAHLKE, 2007).

A ansiedade direciona o indivíduo à inquietude, competitividade exagerada, desconfiança, dentre outros fatores (VALLADÃO, 2017). A paciente analisada apresentava esses aspectos sucessivamente, principalmente em relação ao trabalho e aos filhos. Ela diz: *não sei, não consigo dormir, deito e não durmo, não consigo ficar dentro da minha casa, quando eu me formar vou esfregar na cara delas (colegas de trabalho)* e *tenho medo de deixar meus filhos saírem, fico pensando bobagens* (sic).

Em um dos prontuários analisados, o centro principal da sessão se direcionou para os conflitos do trabalho com determinadas colegas, sendo que, esses conflitos ocorriam mais ou menos uma vez por semana. A paciente informou que ficou com muita raiva e nervosa por determinada ação da colega, mas preferiu permanecer em silêncio para evitar confusão, pois sabia que não iria ter controle acerca de seus atos.

Como consequência de tal repressão de palavras, a atitude lhe custou a alteração da pressão sanguínea, atingindo o pico de 17/10. Assim, a terapeuta interveio do seguinte modo: *imagine que sou sua colega aqui e agora e direcione tudo que lhe incomodou essa semana* (sic). De modo sequencial, a paciente foi se despindo, por meio da fala, dos sentimentos que estavam lhe per-

turbando. Ao final da sessão, ela confirmou que estava cansada, porém, sentia-se melhor ao narrar suas sensações, percepções, sentimentos e emoções (HASUNUMA, 2008).

Considerando o exposto, evidencia-se que a paciente tomou consciência do seu estado de humor, adentrando nele sem ressalvas e anotando em papel todos os pensamentos e associações que emergiram. Dessa forma, criou-se uma nova situação, em que o afeto, antes não assimilado, encontrou espaço na consciência. Nesse momento, percebeu-se o início da integração, isto é, da assimilação dos conteúdos inconscientes. Para tanto, foi utilizada a técnica do caderno terapêutico, com a indicação da terapeuta, de que toda vez que um evento conflituoso surgisse, a paciente deveria anotar o que estava sentindo (HASUNUMA, 2008).

Quando a paciente começou a tomar consciência dos seus aspectos de projeção em relação a mãe, ex-esposo e filhos, sua doença gradativamente apresentou uma melhora, não tendo necessidade posterior de tomar medicação para hipertensão e ansiedade. Raramente os sintomas apresentados para o estudo emergiram e, quando emergiram, se expressaram com menos força que o habitual. Percebeu-se que a paciente assimilou o quanto seu comportamento interferia nos demais indivíduos à sua volta: *agora eu vejo o quanto eu era chata, se eu fosse os outros eu também agiria daquela forma comigo* (sic).

Diante disso, percebe-se que a forma de expressar as suas emoções redirecionando a sua energia psíquica na forma de arte, como por exemplo, artesanatos e bolos confeccionados para festas, lhe possibilitou a assimilação de conteúdos inconscientes (HASUNUMA, 2008).

Acredita-se que a ansiedade foi o sintoma inicial, que por sua vez, auxiliou a desencadear seus sintomas sucessores. Nesse sentido, primeiro emergiam os sintomas de ansiedade e logo em seguida surgiam os sintomas mais intensificados na forma de pressão alta e dores na coluna. Isso é visto através das falas da paciente: *Sinto primeiro falta de ar, dor no peito, medo, formigamento e depois vem a pressão arterial a mil* (sic). Além disso, diante das narrativas acreditou-se que os sintomas de medo, dores, incômodo, insônia, cansaço, tristeza e desânimo já faziam parte do cotidiano da paciência, isto é, já lhe eram comuns.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a analisar o fenômeno psique-corpo e o efeito psicossomático a partir da concepção analítica sobre o desenvolvimento da doença. Percebeu-se que, no início da psicoterapia, a paciente apresentava comportamentos associados à agressividade e hostilidade, principalmente em relação às pessoas que lhe são íntimas (ex-esposo, filhos, colegas de trabalho),

acarretando sintomas expressos em seu corpo, como é o caso da pressão alta, ansiedade e dores na coluna.

Diante do exposto, acredita-se que a expressão simbólica de pressão alta, ansiedade e problemas na coluna foram cruciais para que a paciente assimilasse que necessitava voltar a atenção para si e não somente para o entorno. Os sintomas remetiam para a dificuldade em lidar com as emoções e sentimentos presentes no coração, alvo este de alteração e demonstração do corpo simbólico. Além disso, dentre as várias simbologias que permeiam o coração, acredita-se que a mais significativa, neste caso, seja a busca por si mesma.

Contudo, considera-se que estes sintomas se intensificavam diante de situações que faziam a paciente ter sensações de "perda de controle". Este fato, como se percebe, corroborava para que a sua raiva fosse ainda mais reprimida, fazendo com que os sintomas surgissem com mais intensidade. Como ilustração disso, destaca-se a pressão sanguínea da paciente, que apresentava aumento diante da iminência ou da possibilidade de confrontação com o ex-esposo. No entanto, conforme foi descrevendo, de modo gradativo, toda a gama de problemática que a envolvia, tanto em relação ao ex-esposo, quanto aos demais envolvidos, sua pressão sanguínea foi se estabilizando. Isso demonstra, de certo modo, que os conteúdos inconscientes que evocavam o surgimento de tal sintoma, podem ter sido assimilados e integrados à consciência, através da verbali-

zação em terapia, pelas técnicas de arte por ela utilizadas, bem como, pelo uso do caderno terapêutico.

Entretanto, não somente a pressão sanguínea foi um sintoma reduzido na paciente por meio da psicoterapia, como também a ansiedade e as dores na coluna minimizaram. Considera-se que a transformação foi substancial, principalmente pelo fato de a paciente ter abandonado os medicamentos ansiolíticos. Gradualmente, como a paciente demonstrou que assimilou a situação, sua postura que antes prioritariamente rígida, tornou-se mais flexível e compreensiva em relação aos outros e às situações às quais vinha exposta (como é o caso do ex-marido) e também diante de si mesma.

Por fim, parece-nos que o vínculo terapêutico foi importante e surtiu efeitos de autoconhecimento tanto para a paciente, quanto para a terapeuta do processo. Nesta relação ficou perceptível seu o papel enquanto terapeuta, ou seja, sendo o próprio método, provocou uma evolução da sua paciente, como também a sua própria evolução, ocasionada de decorrência desse encontro analítico. Contudo, constata-se que, apesar da transformação apresentada, a psique humana é um universo em constante mudança. Assim, poderá estar novamente diante da iminência de algum rompimento do eixo Ego/*Self*. Para tanto, necessita manter o olhar voltado para si-mesma, para a alma, em função da busca daquilo para o qual foi designada: a sua própria essência.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, L. A. **Doenças do Corpo e da Alma:** Investigação psicossomática psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1996.

BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Hucitec.
1997.

CAMPELO, L. G. **Relacionamento entre mãe e filha.** Monografia apresentada ao curso de especialização em Psicologia Analítica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2010.

CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. **Dicionário de Símbolos:** mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números. 12. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

DAHLKER, R. **A doença como linguagem da alma:** os sintomas como oportunidades de desenvolvimento. São Paulo: Cultrix, 1992.

DEHLEFSEN, T.; DAHLKE, R. **A doença como caminho:** uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem. São Paulo: Cultrix, 2007.

EDINGER, Edward F. **Anatomia da Psique:** o simbolismo alquímico na psicoterapia. São Paulo: Cultrix, 1999.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia.** São Paulo: saraiva. 2001.

FARAH, R. M. Introdução. In: ZIMMERMANN, E. **Corpo e Individuação.** Petrópolis: Vozes, 2011. p. 7-14.

FORDHAM, Frieda. **Introdução à Psicologia de C. G. Jung.** Lisboa: Ulisseia, 1972.

FRANZ, Marie-Louise von. O processo de individuação. In: JUNG, Carl G. et al. **O homem e seus símbolos.** Tradução de Maria Lúcia Pinho. Edição Especial Brasileira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977, p. 158-229.

FRANZ, Marie-Louise Von; et al. **O homem e seus símbolos:** concepção e organização de Carl Gustav Jung. 6. Ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2008.

GRINBERG, L. P. **Jung, o homem criativo**. São Paulo: FTD, 1994.

HASUNUMA, Sandra Fabrete. **Um estudo de caso com sintomas psicossomáticos à luz da Psicologia Analítica.** 70 p. 2008. Monografia (Bacharel em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

JUNG, Carl Gustav. **A natureza da psique.** Petrópolis: Vozes, 2000.

JUNG, C. G. **O desenvolvimento da personalidade.** 8. ed. Tradução de Frei Valdemar do Amaral, OFM. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

JUNG, C. G. **A prática da psicoterapia.** 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
JUNG, C. G. **Estudos Alquímicos.** Obras Completas vol. XIII. Petrópolis: Vozes, 2003.

JUNG, C. G. **Psicologia do inconsciente.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1980.

JUNG, C. G. **Psicologia da Religião Ocidental e Oriental.** Petrópolis: Vozes, 1983.

JUNG, C.G. **Estudos experimentais.** vol. 2. Petrópolis: Vozes, 2011.

JUNG, C.G. **Psicologia e Alquimia.** Petrópolis: Vozes, 1994.

JUNG, C.G. **Símbolos da Transformação**. Petrópolis: Vozes, 1986.

JUNG, Carl Gustav. **O eu e o inconsciente.** 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

JUNG, Carl Gustav. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

JUNG, Carl Gustav. **Tipos psicológicos.** Petrópolis: Vozes, 2009.

JUNG, C. G. **Memórias, sonhos, reflexões.** São Paulo: Círculo do Livro, 1961.

LYRA, Sonia, (Org.). **Imaginação Ativa:** matéria-prima da cura e quintessência da arte. Curitiba: Ichthys, 2016.

MIRANDA, Evaristo Eduardo de. **Corpo território do sagrado.** Loyola: São Paulo, 2000.

RAMOS, D.G. **A Psique do Corpo:** a dimensão simbólica da doença. São Paulo: Summus, 2006.

REIS, Marfiz Ramalho. O corpo como expressão de arquétipos. Jungniana, v. 20. **Revista Brasileira da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica.** Palar Athena: São Paulo, 2002.

RODRIGUES, A.L.; LIMONGI-FRANÇA A.C. Uma Perspectiva Psicossocial em Psicossomática via Estresse e Trabalho. In: MELLO-FILHO, J. **Psicossomática Hoje.** Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 111-133.

ROTH, W. **Introdução à psicologia de C.G. Jung.** Petrópolis: Vozes, 2011.

SELYE, H. ***The stress of life.*** Nova York: McGraw-Hill Book Company, 1956.

SILVA, T. M. da. Psicossomática e psicologia analítica. In: LIMA, E. P. **Psicologia Profunda:** textos de conhecimento e vida. 4. ed. São Paulo: Sistema Editorial Clube de Atores, 2013.

SIVADON, Paul; ZOILA, Adolfo Fernandez. **Corpo e Terapêutica:** uma psicopatologia do corpo. Papirus: Campinas, 1988.

SPINELLI, M.R; NEDER, M. A interação mente e corpo: o início do uma doença In: SPINELLI, M.R. **Introdução à Psicossomática.** São Paulo: Atheneu, 2010. p. 19-33.

JUNG, C. G. **A prática da psicoterapia.** 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

VALLADÃO, Lucas Serra. **Ansiedade e Contemporaneidade:** uma leitura Junguiana. 91 p. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

VARGAS, Nairo de Souza. Símbolo e psicossomática: o corpo simbólico. Junquiana, n. 20. **Revista Brasileira da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica**. Palar Athena: São Paulo, 2002.

VASCONCELLOS, E. G. ***Tópicos de psiconeuroimunologia.*** São Paulo: Ed. Ipê, 1998.

WHITMONT, E. C. **A busca do símbolo:** conceitos básicos de Psicologia Analítica. 14. ed. São Paulo: Cultrix, 2010.

PARTE 3

PERSPECTIVA DA GESTALT TERAPIA

A REESTRUTURAÇÃO DO *SELF* EM GESTALT-TERAPIA

Diego José Borges
Simoni Urnau Bonfiglio

10

A proposta deste artigo configurou-se em, integrar teoria e prática num ambiente de atendimento psicoterápico, sob a ótica da Gestalt-terapia aplicada à um caso específico, fato que atribui caráter de ineditismo ao estudo. Objetivou-se neste constructo analisar a forma pela qual ocorre a reestruturação do *self* por meio do atendimento psicoterápico na abordagem da Gestalt-terapia. Para isso foi necessário conduzir o processo psicoterápico, visando proporcionar ao cliente a percepção de si mesmo, num processo constante de *awareness*; auxiliar terapeuticamente o cliente a passar do ajustamento consertativo ao ajustamento criativo; verificar as alterações comportamentais e emocionais percebidas ao fim do pe-

ríodo de observação em relação às queixas apresentadas inicialmente.

A cliente/ paciente, neste estudo de caso é do sexo feminino, tem 21 anos de idade, possui união estável com um homem de 28 anos, e tem um filho de 03 anos, com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para preservar a identidade da cliente, esta será chamada de Alice (nome fictício).

Alice reside em uma cidade do Vale do Itajaí, e foi atendida em uma Clínica Escola de Psicologia da região onde reside. Procurou inicialmente a Clínica indicada pelo CAPS II da cidade de sua residência atual, tendo queixas de automutilação, ansiedade acompanhada de dores no peito, agressividade com outras pessoas, raiva explosiva, descontentamento com o corpo e medo excessivo de assalto, bem como desde o início do tratamento apresentava baixas expectativas de futuro para si mesma.

A mesma iniciou tratamento clínico em agosto de 2016. Para melhor elucidar a pesquisa foi realizado um histórico de seu processo terapêutico, porém a pesquisa se limita aos atendimentos realizados no segundo semestre de 2017, de agosto a novembro, tendo sido realizadas onze (11) sessões de psicoterapia com Alice neste período. Os atendimentos foram semanais e tiveram duração de 50 minutos. Vale ressaltar que os mesmos estavam aportados na abordagem psicoterápica da Gestalt-terapia.

Fundada por Frederick Perls entre a década de 1940 e 1950, a Gestalt-terapia sofreu influência direta da teoria Gestáltica, formada por teoria da percepção, teoria de campo e teoria holística. Filosoficamente a Gestalt-terapia tem sua base epistemológica fundamentada em três áreas importantes da filosofia: o humanismo, a fenomenologia e existencialismo (RIBEIRO, 2012).

Perls utilizava-se de tal teoria primeiramente aplicada em sua vida e modo de ser, e a posteriori, a utilizava no trabalho com grupos e em clínica individual, à qual se limita a presente pesquisa. Mas para que serve a junção de tantas teorias e filosofias? Bem, todas elas, mesmo sendo muitas, convergem em uma só teoria psicoterápica, haja vista a complexidade do ser humano e da necessidade de compreendê-lo e tratá-lo como um todo, integrado.

Ainda assim a Gestalt-terapia reunindo seu arcabouço teórico pode ser definida como a busca da 'verdade de si mesmo', tanto para o terapeuta como para o cliente. Porém, faz-se necessário ressaltar que esta verdade encontrada deve servir para o bom funcionamento do *self*, estrutura psíquica do ser humano segundo a Gestalt-terapia (PERLS, 1977).

O *self* em sua essência é formado por três estruturas interligadas e concomitantes, ID, EGO, e Personalidade. Portanto se faz necessário perceber em que ponto ocorre sua desestruturação.

Com base na literatura, em casos de neurose a desestruturação do *self* ocorre a perda da função do EGO, fazendo do sujeito, um sobrevivente, um ser que age de maneira impulsiva e instintiva para a satisfação de suas necessidades básicas em um processo de ajustamento consertativo, sem conseguir perceber a si mesmo e a realidade em que vive, tal como realmente é (GINGER; GINGER, 1995). Tais características foram observadas no cliente em psicoterapia e correlacionadas à teoria, servindo de base estrutural ao tratamento psicoterapêutico demonstrado no estudo de caso da presente pesquisa.

Auxiliar o paciente a entrar em contato consigo mesmo e com o meio é função do psicoterapeuta, para isso foi necessário desenvolver um trabalho junto ao cliente, atuando nas fronteiras de contato, de modo que o contato interno e externo pudessem ser restabelecidos, gerando assim processos de *awareness*, e por conseguinte a reestruturação do *self*.

A hipótese latente do caso constituiu-se a partir da Gestalt-terapia como perda da função criadora do *self*. Isto se ocorre quando um sujeito interrompe ou apresenta precariedade no contato consigo mesmo. Desta forma o sujeito age somente no mundo para sobreviver e atender suas necessidades básicas por meio de comportamentos automáticos, reativos e impulsivos. Esta perda de função pode ter variadas causas, sendo estas: pesso-

ais, organísmicas e sociais, estando interligadas umas às outras.

Atualmente na sociedade, vive-se um pensamento ou filosofia de vida (muitas vezes não percebida), baseado em trivialidades e consumismo para ir ao encontro de determinados status. Abre-se mão de objetivos pessoais para satisfazer aos outros, ou ostentar algo às outras pessoas. A este respeito Müller (2016, p. 49) afirma que tais indivíduos não reflexivos "[...] seguem cegamente os ditames externos, ignorando as conjecturas subjetivas, a sua voz interior, a sua consciência".

Neste processo de degradação também estão inclusos os traumas, medos, e acidentes da vida humana; bem como o início do aviltamento pode estar relacionado ao desejo dos pais em relação à seus filhos, que inconscientemente após seu crescimento, passam a viver para realizá-los. Agindo desta forma o indivíduo sem eleger objetivos próprios, sofre considerável perda em suas pulsões criadoras internas (ID), e isto reflete diretamente na perda da função do EGO e ajustamento criativo, haja vista que o EGO age em função dos desejos e necessidades (ID) (GINGER; GINGER, 1995).

Tendo seus objetivos enfraquecidos ou esquecidos, o indivíduo sem ajustamento criativo, se torna um sobrevivente à deriva perante o mundo, agindo apenas para sua sobrevivência em atos de ajustamento conservativo, enquanto consegue sobreviver. Este indivíduo

enfraquecido em seu EGO sofre grande perda em sua percepção de si mesmo e do mundo, afetando desta forma o contato consigo e com o meio em que vive. Cabe ressaltar que esta perda de contato gera conflitos internos, com os quais o sujeito não sabe lidar por não conseguir se perceber, assim os projeta no mundo externo, tornando-o hostil e desagradável, pois pode ver nele todos os medos e conflitos que lhe são próprios (GINGER; GINGER, 1995).

Agindo desta forma, este indivíduo, sobrevivente, passa a não se ver como responsável por suas escolhas, "[...] e como um cego, caminha tateando em prol de seu bem-estar" (MÜLLER, 2016, p. 50). Perante tal circunstância faz-se necessária a intervenção psicoterápica, podendo ser esta na abordagem da Gestalt-terapia, que segundo Perls (1977, p. 19) "[...] é uma das forças rebeldes, humanistas e existenciais da psicologia, que procura resistir à avalanche de forças autodestrutivas e autoderrotistas", atuantes em pessoas de nossa sociedade.

Tal intervenção tem por objetivo ampliar o potencial humano, por meio de atividade psicoterápica pautada na descoberta e apoio aos interesses, desejos e necessidades mais genuínas do sujeito.

1 GESTALT-TERAPIA

A Gestalt-terapia tem sua base filosófica sustentada na fenomenologia, existencialismo e humanismo, assim apresenta-se com uma forma especial de ver e lidar com o ser humano. A concepção fenomenológica visa resgatar a subjetividade original da vida humana, agindo de modo facilitador à percepção do paciente sem atitudes de julgamento (MOREIRA, 2010).

Já o Existencialismo concomitantemente com a percepção gerada pela atitude fenomenológica, age na responsabilização do sujeito frente ao mundo, trabalhando as escolhas e suas consequências. O Humanismo está inteiramente voltado às filosofias supracitadas, visando respeitar o sujeito, suas escolhas, e agir com olhar holístico, de modo a integrar todas as partes do indivíduo apresentadas na terapia (RIBEIRO, 2012).

Ao lidar com o presente de um indivíduo, a estratégia do Gestalt-terapeuta não se fixa apenas no discurso verbal, ou tão somente sobre os comportamentos, ou ainda em mapeamento corporal e dramatização; na realidade todos esses aspectos são descortinados e percebidos concretamente no aqui e no agora, observados em uma relação com um todo e não somente em partes isoladas (RODRIGUES, 2011).

Clinicamente a Gestalt-terapia abarca os princípios fornecidos pela prática clínica da psicologia geral,

relacionando-se com "a generalização da aprendizagem, da informação, de resultados de *insights*, da visão que as pessoas têm de si e do mundo" (RIBEIRO, 2012, p. 103). A aplicação da Gestalt-terapia clínica deve ser cuidadosa e prudente, respeitando os preceitos éticos e favorecendo a flexibilidade, espontaneidade e criatividade do sujeito no aqui, no agora e na realidade em que vive (RODRIGUES, 2011).

Em se tratando de Gestalt-terapia, qual é seu ponto-chave? Se este trabalho fosse desenvolvido com ratos ou outros animais movidos puramente por extintos e necessidades básicas, seria fácil aplicar uma lógica de "causa-efeito", controlar as contingências, tudo estaria perfeito e o terapeuta se diria muito "científico" por utilizar métodos passíveis de verificação e replicação. Mas quando o assunto abordado é algo bem mais próximo, nós mesmos seres humanos? E quando o que estamos observando está relacionado à compreensão da existência de uma pessoa? E quando o assunto estudado ou o objeto observado não é um objeto, enquanto algo passivo, mas sim, um ser, que como eu, também tem consciência? (RODRIGUES, 2011).

Neste sentido, Rodrigues (2011) afirma que a Gestalt-terapia trabalha com os indivíduos como seres únicos, capazes de consciência, considerando o contato da relação terapêutica e o método descritivo que não visa reduzir a pessoa à sua teoria, nem enquadrá-la em

seus mecanismos, mas sim perceber o fenômeno como ele realmente é, bem como presentificar a situação e a percepção do cliente. Assim sendo utiliza-se da abordagem como ferramenta de trabalho, porém, deve-se ter o cliente como protagonista de seu próprio processo terapêutico que é único.

A respeito das abordagens terapêuticas, Perls (1977) afirma ser primeiramente o modo de viver, pensar e agir do terapeuta. A este respeito Rodrigues (2011, p. 24) ressalta que:

> Behaviorismo, Psicanálise ou Gestalt-terapia, não existem literalmente, nem outras abordagens quaisquer, não tem concretude. São construções teóricas. O que existe é a prática de cada profissional em cada abordagem [...] a pessoa julga a relação com o terapeuta e não com a abordagem que ele escolheu.

A relação terapêutica é a mais importante característica de um terapeuta. Em geral as pessoas não dizem que fazem psicoterapia com a 'abordagem do profissional X', mas dizem que fazem psicoterapia, se deram bem ou não se deram bem com o 'profissional X ou Y'. Essa visão influencia fortemente o trabalho de um Gestalt-terapeuta, este por sua vez, considera a totalidade de um encontro terapêutico, numa visão holística e particular do ser humano, embasada no modelo explicativo.

O modelo explicativo é útil e deve ser dominado, pois lidamos com aspectos muito semelhantes nos seres humanos, porém não se pode generalizar e perder o que é específico de cada ser. É importante perceber que lidamos com gente, com um ser vivo que reage e interage, e ambos se influenciam (RODRIGUES, 2011).

Partindo desta percepção o autor supracitado propõe algumas inversões em relação aos modelos mecanicistas e reducionistas, a citar: a) ter uma teoria que faça com que a pessoa encontre nela mesma as explicações sobre si própria; b) auxiliá-la a se compreender, obter explicações e atingir sua plena autonomia; c) ajudá-la a compreender o que lhe impede de alcançar aquilo que almeja; d) contribuir para que o indivíduo se dê conta daquilo que ele mesmo faz para se manter vinculado hoje aos problemas do passado distante; e) não se afastar e ajudá-lo a manter o contato consigo mesmo e com o mundo, com atitude descritiva (fenomenológica); f) auxiliá-lo a compreender sua relação com este mundo, o que percebe nele, o que precisa e os meios para obter isso; g) dar mais importância ao ser humano e ao que ele necessita, e menos importância ao que eu acho dele, em suma, priorizar o ser humano e não uma teoria que o explique (RODRIGUES, 2011).

Este método de trabalho potencializador do ser humano, que leva em conta o contato, o todo, a relação terapêutica e a percepção do indivíduo, faz da Gestalt-

-terapia parte integrante da 3ª força da psicologia: a psicologia humanista. Sendo a primeira e segunda força, Psicanálise e Behaviorismo respectivamente. O humanismo diferencia-se por gerar uma forma de trabalho que inclua a relação terapeuta-cliente, e priorize a conscientização ampla da pessoa, seu meio de ser e agir, e que não se detenha apenas às explicações, fornecendo uma rede de apoio genuíno ao cliente afim de compreender seu próprio processo (RODRIGUES, 2011).

Segundo Gomes (2010) na relação entre fenomenologia e humanismo ocorre prioridade a legitimação da experiência vivida pelo sujeito, ser humano, "[...] o Gestalt-terapeuta não possui uma visão determinista da pessoa humana, não é um modificador de comportamento, mas alguém que acredita na potencialidade de todo ser humano" (RIBEIRO, 2016, p. 94). Assim sendo o Gestalt-terapeuta olha para o sujeito e o trata em sua integralidade em contato, e não como uma parte, uma doença ou um mero comportamento.

A seguir, como parte integrante da Gestalt-terapia se abordará aspectos básicos a respeito de contato, *awareness* e *self*. Sendo os dois primeiros conceitos fundamentais para o processo psicoterápico, e o *self* como sendo a estrutura básica da personalidade humana nesta abordagem.

2 CONTATO

Segundo Ginger e Ginger (1995) a Gestalt-terapia é uma terapia de contato. Contato é o encontro consigo mesmo e com o outro, por meio de sentimentos, pensamentos, falas e ações,

> [...] tudo está em contato, pois é ele a alma que transforma e sintetiza todas as coisas. O contato está no olhar, na fala, no ouvido e no movimento. Contato não é toque (RIBEIRO, 2016, p. 92)

, não necessariamente. O contato nos leva à essência, dessa forma, o terapeuta deve acreditar na potencialidade do ser com o qual ele está trabalhando. Sendo que

> É da natureza da psicoterapia promover o contato, de tal modo que o cliente possa, cada vez mais, voltar-se para dentro de si mesmo e se ver no mundo como um ser de possibilidades, Ribeiro (2016, p. 94).

O mesmo, sobretudo pode ser definido como a percepção consciente da realidade na vida do sujeito. A construção deste acontece a partir da intenção da pessoa, do sentido que possui para esta, e a relação desta comigo, para mim de mim ou fora de mim. Todo o contato é externo e interno, porém algumas vezes privilegiamos um em detrimento do outro. No contato interno o sujeito

vive uma espécie de centragem, ou seja, autorregulação. Já no contato externo, vive uma espécie de equalização, ou seja, busca fora de si a satisfação de suas necessidades.

Muitas vezes o contato é bloqueado como tentativas de defesa. Estes bloqueios são forças de quem perdeu a confiança em seu poder pessoal, e só quando se sentir cuidado e aceito irá recuperar seu poder pessoal de ser e estar na vida (RIBEIRO, 2016).

3 *SELF*

O *self* na Gestalt-terapia é o "si mesmo", “a concepção fenomenológica da construção da subjetividade” humana (D'ACRI; LIMA; ORGLER, 2012, p. 207). A constituição do ser tal como ele é vivido e percebido no contato consigo mesmo, com o mundo e com o outro, é o ser que vive, relacional, processual e consciente. Aquele que se forma e se transforma em sua relação com o ambiente por meio de ajustamentos criativos, ao passo que se move e anseia na busca por satisfação de suas necessidades, e atualizações de sua potência de ser e agir.

O ajustamento criativo é a função essencial do *self*, este por sua vez é o grande promotor da autorregulação, e a partir deste processo cria formas de agir e se satisfazer de acordo com as situações nas quais se en-

contra em sua relação com o meio, transformando-se ou transformando-o para adequar as condições encontradas às suas necessidades e capacidades (TENÓRIO, 2012).

Originalmente a teoria do *self* para a Gestalt-terapia concerne na teoria de base do desenvolvimento e sobrevivência do ser humano.

Para Perls, Hefferline e Goodman (1997), o *self* constitui-se por três partes integradas: ID; EGO e Personalidade. O ID é a função responsável pelas pulsões internas, necessidades corporais e vitais, sendo este o indicador de fome, sede, e outras necessidades do organismo; a função EGO (por alguns autores descrita como "EU"), atua na escolha ou rejeição, aumento ou diminuição de contato do indivíduo consigo mesmo e com o meio. É nesta função que eventualmente tem início as psicopatologias, quando a pessoa, devido à eventos da vida cria barreira de contato excessivamente impenetráveis, o que resulta em prejuízo ao processo de ajustamento criativo.

O terceiro componente do *self* concerne à Personalidade. Esta função responsabiliza-se em criar a autoimagem do sujeito, assimilar as experiências, e por meio destas formar a identidade de um indivíduo, ou seja,

> A Personalidade é o sistema de atitudes adotadas nas relações interpessoais; é a admissão de quem somos, que serve de fundamento pelo qual poderíamos explicar nosso comportamento se porventura isso nos fosse solicitado (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p.187).

Os três componentes do *self*, integrados e em bom funcionamento, resultam no ajustamento criativo, o que permite ao indivíduo transformar a si mesmo e o ambiente em que vive, mediante as situações encontradas e objetivos estabelecidos. Porém a transformação criativa só acontece se o contato for pleno, o que exige saudabilidade do EGO na manutenção do contato. Quando por perdas na função do EGO os contatos são interrompidos, o ajustamento deixa de ser criativo para ser conservativo, haja vista que nos casos de interrupção de contato, as necessidades do sujeito não são satisfeitas em plenitude, o meio não é transformado, não ocorre o crescimento do *self* e autorrealização (GINGER; GINGER, 1995).

Sempre que o *self* atua no ajustamento conservativo, resulta na impossibilidade de transformação do meio, e dificuldade de autorrealização, dessa forma o sujeito passa a agir basicamente para garantir sua sobrevivência e manter certo nível de equilíbrio, porém viver desse modo requer abrir mão de seus objetivos e interesses para uma possível adequação às exigências externas (TENÓRIO, 2012).

Em cada experiência de contato, perante as circunstâncias, o sujeito assume papéis por meio de suas atitudes. Estas podem ser papel de vítima, vilão, chefe, salvador, entre outras. Enquanto isso acontece, é gerada uma representação parcial do "si mesmo", uma parte do "eu total", em uma constante troca com vários "eus

parciais". Dessa forma o "eu total" fica no fundo, sendo influenciado pelos "eus parciais", pelo meio, e por sujeitos encontrados em cada situação. As interrupções de contato se caracterizam por relações de dominador-dominado, e as pessoas assumem atitudes impositivas e inferiorizadas diante de outros indivíduos, favorecendo assim o desenvolvimento de psicopatologias. Nas neuroses o ID, função mais preservada do *self*, garante a satisfação mínima das necessidades indispensáveis à sobrevivência do *self*, e mantém isso por meio de autorregulação herdada, mantidas por comportamentos automáticos, reativos e impulsivos (TENÓRIO, 2012).

4 *AWARENESS*

Awareness segundo Ribeiro (2016, p.76) "é um caminho de mudança, um processo de integração harmoniosa pessoa-mundo [...] uma sensação de completude, de um chão fecundo em que as sementes já podem germinar". Todavia pode-se definir awareness como um momento integrador, consciência da consciência, de síntese emocional, um profundo dar-se conta, tomar consciência de uma ação ou sensação antes não percebida (RIBEIRO, 2016).

A mesma é o objetivo principal da Gestalt-terapia, e o terapeuta deve estar à serviço desta descoberta e de seu próprio caminho. A mesma está sempre no aqui e no

agora, e leva o sujeito à uma compreensão global, uma integração no caminho de estar cônscio, dando abertura ao ajustamento criativo e contato (D'ACRI; LIMA; ORGLER, 2012).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo aqui identificado possui caráter fenomenológico, este emprega-se em pesquisas qualitativas, e empenha-se em observar a experiência tal como ela é, sem se preocupar com medidas estatísticas. Este método apresenta uma forte relação com o fenômeno psicológico, considerando a singularidade dos sujeitos pesquisados (HOLANDA, 2006). Este método propõe-se a compreender a coisa, o fenômeno, tal como ele é visto diante da consciência, não emite deduções, nem se reduz à princípios, mas constitui-se na compreensão essencial e original do fenômeno (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Além de apresentar-se com caráter fenomenológico, configura-se como sendo qualitativa, exploratória e documental, tendo como método de seleção de participantes a amostragem não probabilística por tipicidade ou intencional, na qual o pesquisador tem conhecimento prévio da população da pesquisa. A coleta de dados foi realizada por meio de observação participante artificial. Neste tipo de pesquisa o pesquisador participa e influen-

cia no resultado, porém, o local da pesquisa não é o ambiente natural do sujeito pesquisado.

Utilizou-se documentos para relatar o histórico do sujeito da pesquisa. Quanto a análise de dados configura-se como sendo descritiva, integrando o material coletado com o olhar teórico da Gestalt-terapia (MARCONI; LAKATOS, 2015).

3.1.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1 HISTÓRICO DO CASO

Em agosto de 2016 no primeiro atendimento psicoterápico realizado com Alice, verificou-se que a mesma é uma jovem de 19 anos, que possui união estável com um homem de 28 anos, e tem um filho de 3 anos de idade. Atualmente não trabalha de forma assalariada ou autônoma, ocupando-se com o filho e afazeres da casa. Alice procurou atendimento tendo como queixas principais o sentimento de raiva de si mesma, ansiedade com sintomas somatizados de dores no peito, automutilação, agressividade com outras pessoas, descontentamento com o corpo e medo exacerbado de assaltos.

Alice passou a infância e adolescência com sua mãe, que segundo relato, era muito agressiva e restritiva, ou seja, não lhe permitia sair de casa, a maltratava e a agredia muitas vezes. Após as agressões intimava Alice a tomar banho.

A mesma obedecia a ordem e se agredia por raiva da mãe e de si mesma. Aos 13 anos foi morar com o pai e a madrasta, onde tinha um pouco mais de liberdade. Na ocasião começou a fumar junto com a madrasta, o que segundo ela lhe diminuiu a frequência de auto-agressões (automutilação). Aos 17 anos engravidou, e separou-se do namorado no sétimo mês de gravidez. O atual marido assumiu o filho.

Segundo Alice, seu atual marido é um homem muito calmo, e que não reage quando ela briga com ele, o que a irrita mais ainda. Afirma que o mesmo não sente ciúmes dela, o que significa que ele não a ama (CIC[25]). Os dois moram juntos atualmente, e passam por muitos conflitos, pois Alice afirma ser muito ciumenta e se descontrolar com seu filho.

As autoagressões voltaram a ocorrer quando sente-se muito irritada. Quanto à natureza da violência Dahlberg e Krug (2006) afirmam que a violência autodirigida ou autoagressão nos casos de auto abuso é derivada de privação ou abandono, violência psicológica, violência física, englobando também as agressões verbais, sendo no caso de Alice uma possível consequência das agressões físicas e verbais infligidas pela mãe.

Os atendimentos aconteceram no sentido de coletar a demanda real, averiguando os detalhes à partir de questionamentos para proceder a redução fenomenológica. Tais questionamentos permitem ao paciente uma

[25] Conforme Informações Colhidas

tomada de consciência a respeito de si mesmo, perante as situações. Um dos pontos elencados foram os conflitos com o marido, motivados por inseguranças de Alice devido à sua aparência física, pois afirma "estar gorda" (CIC), e sente raiva quando "vê moças bonitas" (CIC).

Após a etapa de identificação da demanda e estabelecimento de vínculo com a cliente, iniciou-se um processo de responsabilização, pois Alice frequentemente apresentava queixas referentes às outras pessoas sem se perceber, e sem responsabilizar-se por suas ações. Neste processo de responsabilização a cliente apresentou muita resistência, e dificuldade de entrar em contato com suas reais emoções. Muitas vezes o contato é bloqueado como tentativa de autodefesa. Os bloqueios são forças de quem perdeu a confiança em sua potência de ser, e só quando se sentir cuidada e aceita, irá recuperar seu poder pessoal e 'estar na vida' (RIBEIRO, 2016).

Frente a esta situação optou-se pela utilização de uma técnica chamada "Espelho" de Stevens (1988, p. 149), acompanhada por uma técnica de relaxamento também de Stevens (1988), visto que "o terapeuta mais que um curador, é um cuidador, e cuidar é a máxima forma de contato" (RIBEIRO, 2016, p. 94). Nesta técnica a cliente pôde entrar em contato consigo mesma, e definir alguns objetivos importantes para sua vida, entre eles o de emagrecer e ser menos explosiva.

Na técnica “espelho”, a cliente relatou “ter medo” (CIC) de falar sobre seu relacionamento com a mãe. Este foi o ponto abordado no encontro seguinte, o qual foi muito produtivo. Alice relatou já ter tomado consciência (isso foi abordado na primeira sessão) de que o comportamento agressivo com seu filho, era uma repetição do comportamento de sua mãe para com ela, então já conseguiu superar esta dificuldade. Durante o encontro houveram vários momentos de *awareness*, “caminho de mudança, um processo de integração harmoniosa pessoa-mundo” (RIBEIRO, 2016, p.76), tomada de consciência de uma ação ou sensação antes não percebida.

Neste processo Alice percebeu seus comportamentos atuais, como repetições dos comportamentos de sua mãe, e formas de perpetuação de papel de vítima, com suas autoagressões, haja vista que a mesma se agredia nas mesmas partes do corpo que sua mãe lhe batia (coxas e cabelos). Nas neuroses o ID, função mais preservada do *self*, garante a satisfação mínima das necessidades indispensáveis à sobrevivência do *self*, e mantém isso por meio de autorregulação herdada, mantidas por comportamentos involuntários, reativos e incontidos (TENÓRIO, 2012).

Na sequência dos atendimentos, Alice identificou sentimentos presentificados durante os acessos de raiva, tais como frustração e impotência. Acredita que ainda os sente por não perdoar sua mãe, e relata não querer fazer isso. A atitude foi de responsabilizar a cliente por sua cura,

pontuando que esta depende de sua decisão e de permanente tomada de consciência de seus atos. Após algumas sessões Alice relata ter perdoado sua mãe.

Ao retomar os atendimentos, Alice apresentava queixas de excessivas brigas com o marido, quebra afetiva na relação, "sentimento de remorso" (CIC), ou uma espécie de tristeza profunda, bem como não apresentava nenhuma expectativa de futuro, inclusive tinha sonhos nos quais ela morria. Estes sonhos foram trabalhados em psicoterapia e a paciente pôde associar os mesmos com a vida "consciente" no dia-a-dia, na qual já não tinha motivação para viver. Esta associação foi de grande importância para a evolução do trabalho. O principal foco de trabalho dos atendimentos girou em torno da identificação de sonhos e projetos, e exploração de meios para colocá-los em prática.

Ao longo dos atendimentos estruturou-se objetivos os quais Alice desejava alcançar. Os principais e mais palpáveis foram voltar a estudar (finalizar o Ensino Médio) e cursar enfermagem. Para isso Alice precisava ter uma fonte de renda e por conseguinte objetivou ser manicure e designer de sobrancelhas. Após diversas sessões a cliente não conseguia desenvolver seus projetos, neste ponto foi necessário realizar um restabelecimento de contrato e revisão dos objetivos em terapia, reforçando o aspecto existencialista no processo terapêutico.

Nesta fase também foi trabalhado um fator importante, constituído pelos auto boicotes, ou seja, quando a

pessoa faz algo cuja consequência impede a si mesma de atingir seus objetivos, sendo que por vezes isso ocorre de modo inconsciente.

A partir daí Alice solicitou tratar de sua ansiedade e "remorso", nome que atribui para um estado de pânico no qual a mesma se encontrava por várias vezes na semana. No decorrer do percurso terapêutico identificou-se que isto sempre lhe ocorre quando sabe que terá de sair de casa e se relacionar com outras pessoas, fato este que assume ponto central na terapia, pois não só lhe causa sofrimentos físicos e emocionais, como também a impede de realizar seus objetivos de vida nos quais precisa sair e se relacionar com pessoas desconhecidas.

Após trabalhados estes aspectos e habilidades sociais, Alice comprou um kit de unhas e sobrancelhas, partindo em busca de sua primeira cliente, porém com certo receio, o qual Perls atribuiria o nome de "medo de palco", também isso foi trabalhado em psicoterapia. Alice tem feito lentas, mas consideráveis evoluções, faltando ainda ser trabalhado o medo de sair de casa, bem como demanda de suporte nos demais aspectos trabalhados, podendo também apresentar novas demandas.

Sob a luz da Gestalt-terapia pôde-se observar na paciente possíveis perdas na função do EGO. Esta função atua na escolha ou rejeição, aumento ou diminuição de contato do indivíduo consigo mesmo e com o meio. É nesta função que eventualmente tem início as psico-

patologias, quando a pessoa devido à eventos da vida cria barreiras de contato excessivamente impenetráveis, o que resulta em prejuízo ao processo de ajustamento criativo (PERLS, 1977).

Sendo assim trabalhou-se inicialmente com foco existencialista, pois o existencialismo segundo Ribeiro (2012) concomitantemente com a percepção gerada pela atitude fenomenológica, age na responsabilização do sujeito frente ao mundo, e trabalha as escolhas e suas consequências, bem, isto se fez necessário acontecer.

Feito isso, o foco passou a ser, a quebra das barreiras de contato, para que desta forma Alice fosse capaz de entrar em contato consigo, e com o mundo, objetivando-se o ajustamento criativo.

6.2 DESFOCANDO DA "FIGURA FRACA"

A cliente relata estar em conflitos com o marido, e que tudo o que o mesmo faz lhe provoca irritação, desconforto e incômodo. Afirma que quer continuar se sentindo triste para não ter que se relacionar com outras pessoas, pois "gente feliz se relaciona com outras pessoas" (CIC).

Demonstrou visão negativa em relação a si mesma, descrevendo-se como "gorda, nojenta, estressada, crítica, pessimista, detalhista, impaciente" (CIC). Anteriormente apresentou sintomas depressivos, tais como: autoimagem negativa, tristeza profunda, cansaço ao le-

vantar, dificuldade em se engajar em uma tarefa escolhida por ela mesma. Alice foi orientada a buscar auxílio médico para verificar os sintomas que parecem depressivos, a fim de minimizar tais sintomas, porém após algumas sessões a cliente relatou que não queria este auxílio.

Alice apresenta algumas fugas da realidade, semelhantes a alucinações, tais como ouvir barulhos dentro da parede de sua casa. Ao ser questionada a respeito do que a faz querer fugir da realidade, acentua sua relação com o marido, que "há tempos não tem sido boa" (CIC), em meio a desentendimentos e agressões verbais constantes por parte de Alice para com o marido, "uma relação na qual não há amor" (CIC).

Neste sentido verificou-se que a cliente vinha apresentando dificuldades em realizar o ajustamento criativo. Partindo desta percepção, buscou-se fazer realizar o movimento ao encontro da *awareness* onde verificou-se uma possível "figura fraca", motivada por escolhas inautênticas. A cliente afirma que preferiria estar só com seu filho, e que só permanece com seu companheiro por sentir o dever de estar, devido a tudo o que ele já lhe fez de bom.

Neste ponto observa-se na prática as afirmações de Perls, Hefferline e Goodman (1977, p. 217), "grande parte do *self* já está ao que tudo indica, investida em alguma figura fraca, tendo sido feita anteriormente, por uma escolha inautêntica". Atacar as proposições e co-

locações do cliente neste ponto levaria a uma discussão sem fim, porém quando "a figura é relacionada a seu motivo novas excitações surgem, tanto do organismo, quanto do passado e de coisas novas percebidas no ambiente" (PERLS; HEFERLINE; GOODMAN, 1977, p. 217).

Neste momento do processo o que teoricamente ocorre é que o *self* perde sua segurança e sofre, numa transição dolorosa rumo ao excitamento criativo, porém não seria possível abandonar totalmente a figura fraca (o marido) por haver dependência da mesma em questões financeiras, habitacionais, e de haver nesta relação um filho com possível Transtorno do Espectro Autista (TEA), "[...] não podemos nos dar o luxo de aniquilar, de transformar em nada o que precisamos, mesmo quando nos frustra" (PERLS, HEFERLINE, GOODMAN, 1977, p. 152).

Não sendo possível a aniquilação (afastamento, corte de laços) de tal figura, foi necessário haver uma conscientização no sentido da afirmação dos autores supracitados, para que tal figura pudesse perder interesse na terapia, pois neste momento Alice não via soluções aparentes para tal conflito ambivalente.

6.3 VOLTANDO A SI MESMO

Mediante esta conjuntura do processo psicoterápico houve um travamento, pois seu foco estava nos conflitos conjugais, os quais não eram solucionáveis

naquele momento devido aos motivos especificados no título anterior. Destarte tanto cliente como psicoterapeuta chegaram à conclusão de que não era possível avançar no processo terapêutico caso se continuasse tendo o foco na figura do marido.

Este momento é o que se denomina 'voltando a si mesmo', e foi isto o necessário a fazer, afinal este é o ponto chave para o avanço da psicoterapia, em outras palavras, a solução encontrada foi colocar a cliente 'como foco', isto é olhar para ela mesma, a fim de gerar autoconhecimento e por conseguinte fortalecimento do *self*.

Quando convidada a olhar para si Alice apresenta algumas confusões de sentimentos do tipo "sou boa", "sou má" (CIC), o que verificou-se ser situacional, e variar de pessoa para pessoa. Esses sentimento foram trazido para *awareness*, gerando a percepção destes e o quanto estão relacionados ao afeto que se tem por cada pessoa.

> A Gestalt-terapia propicia uma maneira de ser autêntico e significativamente responsável por si próprio. Tornando-se consciente (*aware*) a pessoa torna-se capaz de escolher e ou organizar a própria existência (YONTEF, 1998, p. 18).

A seguir a cliente afirma, "eu sou, mas não estou, esse é o ponto" (CIC), ao afirmar isso a mesma relata que o "eu sou" (CIC) é uma condição na qual já esteve em determinada fase de sua vida, onde era "desejada,

saía de casa, beijava na boca, era magra" (CIC). nesta ocasião se fez possível resgatar os desejos de Alice, sendo estes "ser magra, e cursar enfermagem ou medicina" (CIC). Tais objetivos foram explorados e divididos em pequenos e possíveis passos, de forma que exclama Alice "assim parece fácil!" (CIC). Neste momento ocorreu o fortalecimento do ID, o que em premissa resulta em ajustamentos criativos do EGO para colocar os desejos em prática, pois o EGO só é forte como parte do ID, estando isolado ele é fraco (PERLS, HEFERLINE, GOODMAN, 1977).

A ação seguinte foi ampliar o autoconhecimento, por meio de listagem de qualidades e pontos a melhorar, juntamente com a proposta de investigar o que as pessoas de sua convivência pensam a seu respeito nestes dois aspectos, o que lhe proporcionaria expansão de autoconsciência e contato com as outras pessoas. A cliente se mostrou animada com a proposta, porém em seguida esqueceu de trazer a atividade. Surgiram neste caminho algumas falas sobre identidade sexual, Alice relata já ter namorado com outra mulher, menciona ter sido beijada por uma amiga aos oito anos de idade, e que teve várias outras experiências homoafetivas e heteroafetivas em sua adolescência. Afirma que se fosse solteira seria bissexual, mas no momento se define como heterossexual.

Alice quanto à crença religiosa considera-se evangélica não praticante, e acredita que um dia deve

fazer "a vontade de Deus" (CIC), porém ao mesmo tempo defende o pensamento de que as pessoas devem se relacionar com quem quiserem, independentemente do gênero sexual, o que diverge da doutrina de sua religião, segundo ela.

Em determinado momento da psicoterapia a cliente afirma estar tendo mais energia para agir, acredita-se que isso se deve ao fato da resolução de alguns conflitos internos a respeito da percepção de si mesma e de sentimentos para com outras pessoas, conflitos estes que lhe roubavam a potência de agir,

> Um sentimento de adequação e força se desenvolve à medida que o problema específico é enfrentado, encontra-se nele novas possibilidades e as coisas se ajustam de maneira surpreendente (PERLS, HEFERLINE, GOODMAN, 1977, p. 219).

Em outro momento afirma estar se sentindo melhor, com certa paz, porém que não demonstra vontade de ir para a sessão de psicoterapia, porém se esforçou e foi. Nesta ocasião Alice teve sua atitude reforçada e esclarecida, pois "[...] onde o *self* tem força da qual se alimentar é onde justamente não ocorre nenhuma sensação de segurança" (PERLS, HEFERLINE, GOODMAN, 1977, p. 219). Outro aspecto abordado pela paciente foi a solidão afetiva, pois não se sente amada pelo marido e afirma não amá-lo também. A mesma relata estar vendo um vulto, como a sombra de uma pessoa que a persegue,

tendo sido trabalhado com uma técnica de viagem da fantasia adaptada de “quarto escuro” de Stevens (1988 p. 154). Observou-se que tal vulto tinha o objetivo de obter companhia e de assustá-la, após este trabalho a cliente relata ter diminuído significativamente, a visão de tal fenômeno.

Certo dia Alice chega à terapia com relatos de estar esquecendo as coisas e compromissos, ao passo que afirma ter percebido que “pessoas normais esquecem as coisas” (CIC), juntando estes pontos em psicoterapia percebeu-se junto à cliente um desejo até então inconsciente de “ser normal como as outras pessoas” (CIC), haja vista que a mesma não se considera como normal, porém ao ser trazida à luz da consciência tal questão, Alice afirma querer continuar sendo como ela é, “inteligente e esperta” (CIC). Em outra ocasião a mesma apresenta dificuldades em lidar com pessoas esquecidas, que tem dificuldades de compreender as coisas, ou que não sabem algo por não prestar atenção, e vem lhe pedir ajuda. Afirma se sentir muito irritada com isso, porém atesta se sentir bem quando ajuda os outros.

Quanto a este aspecto Alice é convidada a refletir sobre como poderia ver estas situações de maneira diferente, sendo evocada uma fala sua anterior de que gosta de ajudar os outros, impactada pelo contraponto a cliente assentiu a proposição, declarou também que iria buscar por remédios naturais para lhe auxiliar neste

processo de diminuição do stress. A este respeito Perls, Heferline e Goodman (1977, p. 173) atestam que a terapia deve auxiliar na liberação da agressão projetada em um alvo fixo; é necessário também agir de modo a

> [...] tornar os introjetos conscientes para que possam ser destruídos; [...] recolocar em contato e em conflito os interesses comportamentabilizados, o sexual, o social etc., e confiar no poder integrativo do *Self*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conduzir o processo psicoterápico visando proporcionar ao cliente a percepção de si mesmo, num processo constante de *awareness*, foi um dos objetivos da pesquisa, sem o qual não seriam alcançados os demais. Este processo de tomada de consciência foi crucial à pesquisa, tendo sido observado em diversos momentos, inicialmente na percepção do relacionamento da cliente com seu marido, em seguida quanto a clarificação de suas emoções e comportamentos. Estes estavam ligados à seus desejos, assim como no processo de percepção de si mesma e de seus objetivos.

Outros desafios foram transpostos e Alice foi capaz, em muitos momentos de passar do ajustamento conservativo para o criativo, pois inicialmente vivia em estado de ajustamento consertativo, apenas sobrevivendo. Isso se deu ao fato de estar confusa em meio a um emaranhado de emoções, os quais não sabia diferenciar

a si própria. Foi necessário portanto trazer a cliente à um processo de percepção de si mesma, fazendo com que desta forma, pudessem emergir seus desejos, sonhos e objetivos.

Ao passo que a emersão dos desejos fortalece a estrutura do ID, este interligado ao EGO dá início ao ajustamento criativo, pois o EGO age em função dos desejos e necessidades da pessoa, uma vez que estes estão bem claros e desnudados de tons de impossibilidade, o processo criativo ocorre. Hora o sujeito modifica o ambiente, hora modifica a si mesmo, hora ambos ao mesmo tempo, mas sempre encontrando soluções plausíveis em meio às dificuldades.

Foi possível observar, algumas mudanças emocionais e comportamentais na cliente em relação ao início do tratamento, sendo as principais nesta última etapa como: maior energia e iniciativa para desenvolver suas tarefas, percepção aumentada de si mesma e do ambiente, e iniciativas práticas em direção à seus objetivos, tais como estar cursando o ensino médio para cursar uma graduação e iniciar dieta para emagrecer.

Como objetivo norteador da pesquisa, descreve-se o caminho percorrido pela cliente no processo de reestruturação do *self*. Inicialmente seu *self* se encontrava em estado de ajustamento consertativo por estar investido em uma figura fraca, então num primeiro momento foi necessário auxiliar a cliente na emersão desta figura

relacionando-a com o motivo pelo qual se investia tanta energia sem se ter consciência disso. Na sequência foi trabalhado a conscientização de que surge naturalmente a frustração ao passo que não se pode aniquilar tal figura quando há necessidade ou dependência desta.

Neste momento foi fundamental trabalhar a mudança de foco da figura fraca emergida, para si mesma, gerando novas excitações. Após isso ocorreu o fortalecimento do ID por meio da eleição de desejos e objetivos reais e plausíveis. Por fim o EGO começa a encontrar soluções dando início ao ajustamento criativo.

Em suma este foi o caminho percorrido na reestruturação do *self* desta cliente: a) emersão da figura fraca; b) conscientização da não possibilidade de aniquilamento; c) mudança de foco para o si mesmo; d) fortalecimento do ID; e) EGO encontra soluções, e gera ajustamento criativo.

REFERÊNCIAS

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006.

D'ACRI, Gladys; LIMA, Patrícia; ORGLER, Sheila (Ed.). **DICIONÁRIO DE GESTALT-TERAPIA:** "Gestaltês". São Paulo: Summus, 2012.

GINGER, Serge, GINGER, Anne. **Gestalt uma terapia do contato**. São Paulo: Summus, 1995.

GOMES, William Barbosa. **Relações metodológicas entre fenomenologia, historiografia e psicologia humanista.** Rev. Abordagem Gestáltica. Goiânia, v. 16, n. 1, p. 3-11, jun. 2010.

HOLANDA, Adriano. **Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica**. Análise psicológica, v. 24, n. 3, p. 363-372, 2006.

MARCONI, Marina Andrade de; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MOREIRA, Virginia. P**ossíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica.** Psicologia em estudo, v. 15, n. 4, p. 723-731, 2010.

MÜLLER, Alan. **O Eu, A Circunstância e o Sentido:** Ensaio epistemológico para uma práxis psicoterápica. Porto alegre: Grupo Multifoco, 2016.

PERLS, Frederick Salomon. **Isto é Gestalt.** São Paulo: Sumus, 1977.

_____, Frederick Salomon; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gestalt-terapia.** São Paulo: Summus, 1997.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do Trabalho Científico:** Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2. Ed..Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt-terapia:** Refazendo um caminho. 8. ed. São Paulo: Summus, 2012.

_____, Jorge Ponciano. **Vade-Mécum de Gestalt-Terapia:** conceitos básicos. 3 ed. São Paulo: Summus, 2016.

RODRIGUES, Hugo Elidio. **Introdução à Gestalt-Terapia:** Conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica. 8. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

STEVENS, John, **O. Tornar-se presente:** experimentos e crescimento em gestalt-terapia. 14 ed. São Paulo: Summus, 1988.

TENÓRIO, Carlene Maria Dias. **As psicopatologias como distúrbios das funções do *self*:** uma construção teórica na abordagem gestáltica. **Rev. abordagem gestáltica.** Goiânia, v. 18, n. 2, p. 224-232, dez. 2012.

YONTEF, Gary M. **Processo, diálogo e *awareness*:** Ensaios em Gestalt-Terapia. São Paulo: Summus, 1998.

AWARENESS: UM CAMINHO A SER CONSTRUÍDO

Thaís Aparecida Pereira de Andrade
Simoni Urnau Bonfiglio

11

A tomada de consciência do indivíduo, refere-se a um processo do qual a Gestalt- terapia denomina por '*Awaraness*', que Granzotto e Granzotto (2007) definem como a tomada de consciência do indivíduo a partir de uma vivência de intencionalidade. Para além disto, os autores supracitados corroboram trazendo uma definição de *awareness* como sendo um processo que se dá por meio de contato, com base no sentir do indivíduo.

O caminho para o alcance da tomada de consciência é algo que depende de vários fatores, inclusive de uma certa disciplina do paciente em relação a aquilo que sente e de manter-se fiel aos seus sentimentos, uma vez que segundo Granzotto e Granzotto (2007, p. 178)

afirmam que: "[...] a *awareness* é sentida e apresentada como aquilo que se dá no contato, a partir de um sentir''. Desta forma, é oportuno afirmar que por meio do 'sentir', o paciente poderá identificar todos os aspectos que irão se fazer presente durante o processo psicoterapêutico, fazendo com que este possa identificar quais elementos estão lhe dando a oportunidade de obter uma tomada de consciência, "sentir determina a natureza da *awareness*" (GRANZOTTO; GRANZOTTO, 2007, P. 179).

O conceito de *awareness* pressupõe uma tomada de consciência que aporta e alicerça o trabalho psicoterapêutico da Gestalt terapia. Deste modo, a pesquisa em questão, foi realizada por meio do método de pesquisa bibliográfica. De acordo com Marconi e Lakatos (2017, p. 200) "este tipo de pesquisa, abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo".

Deste modo, o objetivo deste estudo constitui-se em analisar caminho que o paciente vai percorrer para vivenciar a *awaraness*, esclarecendo os processos psicoterapêutico.

É natural que o psicoterapeuta se depare com a resistência do paciente em aceitar o processo de mudança em psicoterapia, entretanto Ribeiro (2016) afirma, que esta resistência por vezes aconteça em função de toda sabedoria que o paciente tem em relação aos seus ganhos com a doença. Desta forma, cabe ao psicoterapeuta

enfatizar quais as perdas neste processo, e para além disto, propositar com que o paciente compreenda que suas perdas podem ser maiores que seus ganhos diante deste contexto.

1 A GESTALT TERAPIA

A Gestalt possui algumas premissas básicas das quais são importantes em sua composição, a primeira delas diz respeito a que

> o principal e mais importante não são pedaços ou peças que se formam a teoria, mas antes o modo como são organizadas e usadas estas peças, o que dá singularidade a esta teoria (MARTIN, 2013, p. 42).

Deste modo, o referido autor afirma que o mesmo acontece com a análise do comportamento, que dá maior ênfase aos 'como' e menos ênfase aos 'porquês'. Assim, acredita-se, que o indivíduo só terá capacidade de mudar seu comportamento (e consequentemente tomar consciência) a partir do momento em que este se der conta 'do que faz e de como faz'. Neste momento, é notório a presença de um outro processo, da qual a Gestalt nomeia 'dar-se conta', que segundo Martín (2013, p. 45) "[...] é a capacidade de todo ser humano de perceber o que está acontecendo dentro de si mesmo no mundo que o rodeia".

Dentro deste contexto pode-se citar três tipos de dar-se conta: a) Dar se conta de si mesmo ou do mundo interior; b) Dar-se conta do mundo exterior; c) Dar-se conta da zona intermédia ou zona da fantasia. Assim, o dar-se conta refere-se a um todo, que podem constituir suas próprias partes como afirmam Granzotto e Granzotto (2007, p. 85):

> ao contrário de grande parte das teorias que se julgam serem os elementos que se juntam na constituição de coisas ou organismos, os gestaltistas invertem a questão. No universo, o importante são os todos ou Gestalten. Esses todos podem constituir suas próprias partes.

Dar se conta de si mesmo ou do mundo interior refere-se a todos os acontecimentos, sensações, sentimentos e emoções que acontecem no mundo interior, em última análise, no corpo do indivíduo. Este tipo de dar-se conta é concernente à maneira como o indivíduo sente sua experiência aqui e agora, independente do pensamento do outro a respeito disso. A respeito deste dar-se conta Martin (2013, p.47) faz uma consideração importante, ressaltando que:

> uma das grandes falhas do homem moderno é de ter perdido parte de sua capacidade de dar-se conta do que está sentindo e de quais são suas necessidades mais autênticas e verdadeiras. Confundiu e muitas vezes ainda confunde desejo com necessidades, e a consecução dos desejos acaba levando a confundir o ser com o ter, o ser com o parentar, o ser com o parecer.

O dar-se conta do mundo ou da zona exterior compreende a relação com tudo que percebemos por meio de nossos sentidos, e que provêm do mundo exterior, o qual Martin (2013, p. 48) ressalta que isto é: " [...] o contato que mantenho em cada momento com os objetivos e os acontecimentos do mundo que me cerca", ou seja, é o dar-se conta para o que acontece além daquilo que o indivíduo pode sentir, o que cada momento toco, vejo, ouço e cheiro, ou seja, são as pequenas percepções possíveis existentes no indivíduo, percepção da forma de sentir, percepção do sabor dos alimentos (MARTIN, 2013).

Não obstante, a Gestalt, acredita na totalidade que constitui o sujeito, e que esta totalidade é o que traz características subjetivas do sujeito, e ao que este constitui como essência. Deste modo, segundo Ribeiro (2008) a totalidade refere-se ao que é essência da pessoa humana, bem como, um sentido unitário que o indivíduo dá as coisas, e que não pode ser visto como um terceiro elemento que se soma as partes, por não ser uma realidade definida. Assim, salienta-se que essa totalidade é parte da fenomenologia, que segundo Almeida (2010), é um instrumento de exploração do terapeuta, visto que favorece o entendimento sobre o mundo inter e intrapsíquico do paciente pretendendo compreendê-lo muito mais do que explicá-lo.

2 A PSICOLOGIA CLÍNICA

Diante do contexto psicoterapêutico, o terapeuta obrigatoriamente necessita estar ali, naquele aqui-agora cheio de integralidade, como afirma Ribeiro (2016, p. 94) no tocante ao campo clínico, "o terapeuta precisa estar inteiro com o paciente e também percebê-lo em sua inteireza, atento a dimensões que poderiam escapar a consciência''. Desta forma, cabe ao terapeuta, estar apto para cuidar de dimensões pouco cuidadas, uma vez que o terapeuta é um cuidador e este cuidado exige a máxima forma do contato.

Entretanto, o fazer clínico psicológico não produz diagnósticos fechados, uma vez que este não é o objetivo da psicoterapia. A psicologia clínica, tem por objetivo analisar as forças que estão atuando para produzir o sofrimento do indivíduo, não de classificar o paciente quanto a uma doenças psíquicas (GALLI, 2009).

Para que o paciente consiga alcançar seus objetivos em psicoterapia, é necessário que o mesmo compreenda que aquele lugar é um lugar dele, que é um espaço dele. Diante desta perspectiva, Ribeiro (2016, P. 86) afirma que

> o consultório se transforma, momentaneamente, no espaço vital de ambos, e o terapeuta deve ter profunda consciência de que, naquele campo, nada é isento de significação.

Desta forma, é cabível se afirmação que não só os sintomas do paciente estão ali presentes atuando na produção de determinado efeito, mas a vida deste indivíduo como um todo. Deste modo, o autor supracitado afirma que, o terapeuta não deve ser visto como aquele que cura, uma vez proposita o auto -cuidado, a fim de levar à cura.

Falar de processo psicoterapêutico é falar de responsabilidade. É essencial que o paciente saiba que é responsável pelo processo e para além disto é crucial que se sinta de fato responsável. Entretanto, é muito comum que diante desta responsabilidade, o paciente, por vezes, fuja, como afirma Perls (1977, p.1992): "[...] a maioria dos pacientes tenta evitar a liberdade de assumir a responsabilidade pelo que acontece na terapia". Segundo o autor, na fuga, o paciente geralmente procura no terapeuta algum tipo de apoio, ou reafirmação para aportar sua atitude.

É importante que o paciente esteja consciente que psicoterapia é uma escolha, que consequentemente exigirá um processo de mudança, e que, este também será responsável por isso. Escolher psicoterapia é escolher inconscientemente uma mudança. Entretanto, cabe ao psicoterapeuta preparar o indivíduo para isto. Sabe-se que qualquer mudança, exige muito do paciente, portanto, é importante que o terapeuta respeite o tempo do paciente e para além disto, compreenda que talvez seu compor-

tamento perdurou por alguns anos e que o processo de mudança é algo que tem um tempo para acontecer. De acordo com Ribeiro (2013) mudança é um movimento, que opera nos mais variados níveis, é a transformação do ser sempre que uma nova realidade é acrescentada.

O autor supracitado afirma ainda que assim como o *self*, a mudança traz possibilidades ao psicoterapeuta, onde "a qualidade da mudança que indica o rumo que o processo segue" (RIBEIRO, 2013, p. 168).

3 A FENOMENOLOGIA

De acordo com Ginger e Ginger (1995, p.36) "[...] a fenomenologia é um método de pensamento". Os mesmos afirmam que foi por meio da fenomenologia que alguns elementos estão inseridos em Gestalt terapia. Em função disto, é possível observar que a partir da fenomenologia é que obteve-se uma importância ao 'como' e não ao 'porquê' das coisas; que todo ser é subjetivo, e, portanto, cada um confere um 'sentido diferente' para outros seres ou coisas. Logo, torna-se perceptível, que "[...] a Gestalt-terapia é uma abordagem fenomenológica clínica, isto é, centrada na descrição subjetiva do sentimento do cliente (sua *awareness*) em cada caso particular" (GINGER; GINGER,1995, p. 36).

A fenomenologia é aquilo que se apresenta no aqui e agora, aquilo que se mostra, como afirma Catal-

do (2013, p. 189) “a fenomenologia pode ser entendida como a ciência que trata do aparecimento do fenômeno; sendo este tudo aquilo que aparece”, os fenômenos que constituem situações e conflitos.

Diante desta perspectiva, Cataldo (2013, p. 191) afirma que “a fenomenologia, conforme o pensamento de Husserl, portanto, é uma atitude filosófica e um método que visa o rigor mais radical para o conhecimento”, ou seja, a fenomenologia é a volta ao fenômeno puro, às essências puramente como essas aparecem.

Ribeiro (2013) reforça que a fenomenologia é um sistema que descreve a realidade por meio de conceitos que orientam o pensamento e as ações do indivíduo. Para além disto, este sistema pode dar suporte a qualquer ramo do conhecimento. O autor supracitado menciona ainda, que embora o fenômeno seja uma manifestação da realidade, ele se contrapõe, visto que não é idêntico a realidade captada pelos sentidos.

Partindo do conceito de ser no mundo, onde o estudo do lugar em que se está e também do ‘aqui e agora’ são focos fenomenológicos, é importante que se busque um conhecimento mais aprofundado sobre tais conceitos e para que estes possam proporcionar um contato mais satisfatório, tem-se a necessidade de ‘ficar nele’, entendido não somente no sentido aqui e agora mas também no sentido de ‘perdurar-se no aqui e agora’: permitindo-se enxergar aquilo que realmente ‘está aqui’ sem dei-

xar-se afastar para lidar parcialmente com os aspectos envolvidos na situação em foco (RODRIGUES, 2011). Diante disso, é importante que se visualize o método fenomenológico, como uma tentativa de permitir uma experiência inovadora ao indivíduo, afim de que o mesmo se sinta confortável para relatar suas experiências com abertura para a novidade e a diferença, permitindo que o entendimento de ambos surja naturalmente (RODRIGUES, 2011).

Desta forma, parte da compreensão sobre o fenômeno partirá do entendimento do sujeito quanto ao diálogo interno, que é aquele que se faz mediante aproximações lógicas, constituindo-se em uma fala interna, sem sons. Ribeiro (2016, p. 104) afirma que o diálogo interno é a "essência pura dos processos''. Esse diálogo, por não expressar som, se distancia da possibilidade de censura dos outros. Assim, pode-se afirmar que o diálogo interno é todavia um diálogo mental e é dele que nasce as melhores produções do indivíduo. Entretanto, é necessário que o indivíduo aceite seu próprio diálogo interno, só assim estará preparado para sair a procura do outro (RIBEIRO, 2016).

4 O PROCESSO DE MUDANÇA

Segundo Ribeiro (2013) a mudança acontece por meio da interação entre ambiente e organismo, voluntária ou involuntariamente, e, possui três níveis: biológico, social e espiritual. A mudança voluntária, é uma atitude que o indivíduo deseja, ela é planejada e obedece a passos concretos de uma realização. No entanto, nem toda mudança voluntária é controlada pela consciência, é possível que o indivíduo deseje mudar e após a mudança sinta-se insatisfeito consigo mesmo. A mudança involuntária é inconsciente, e esta tende a obedecer uma finalização harmônica interna para a qual todo organismo tende naturalmente. Segundo o autor supracitado, este tipo de mudança, acontece a nível espiritual, biológico, psicológico e social e em função disso possui um metabolismo próprio que tende a fugir do controle consciente da vontade.

Entretanto, é possível afirmar, que o processo de mudança involuntário pode gerar a mudança voluntária, ou vice-versa. No entanto, é necessário que a vontade do paciente em crescer e desenvolver-se no processo psicoterapêutico, esteja presente, é o paciente que permite sua própria mudança e que ele se identifique como um ‘ser no mundo’ (RIBEIRO, 2013).

5 AQUI E AGORA

A Gestalt realiza um trabalho com o foco voltado para o ser no mundo, onde o estudo do lugar em que se está e também do ‘aqui e agora’ e estes são focos fenomenológicos. E importante que se busque um conhecimento mais aprofundado sobre tais conceitos e para que estes possam proporcionar um contato mais satisfatório, tem-se a necessidade de ‘ficar nele’, entendido não somente no sentido aqui e agora mas também no sentido de ‘perdurar-se no aqui e agora’ permitindo-se enxergar aquilo que realmente ‘está aqui’ sem deixar-se afastar para lidar parcialmente com os aspectos envolvidos na situação em foco (RODRIGUES, 2011).

Diante desta perspectiva, Ribeiro (2016, p. 116) questiona: “se o aqui e agora traumatiza, o trauma vem dele ou da relação dele com o passado?” O mesmo faz um convite à reflexão, já que se faz necessário separar, o aqui e agora, do trauma, do passado. Ademais, estar no aqui e agora, segundo o autor, tende a explicar a relação do sujeito com a realidade como um todo, ou seja, explica a relação do sujeito com elementos de percepção, a fim de que o mesmo tome para si essa percepção de forma a discernir o que naquele momento será ou não positivo para ele.

Entretanto, pode-se afirmar que o aqui agora possui como objetivo levar a uma constante reflexão do que

se ‘vive’ e do como ‘acha-se que se vive’ de fato, sendo esta, uma substituição natural que acontece sem que o indivíduo perceba que está acontecendo (RODRIGUES, 2011).

6 *SELF*

Segundo Ginger e Ginger (1995) o *self* é um poderoso órgão da mente humana, que constitui-se em um processo especificamente pessoal. É uma maneira própria de reagir as situações, o que automaticamente traz possibilidades de reconhecimento para o sujeito, fazendo com que este se perceba. Como menciona Ribeiro (2016, p.172) “traz a sensação única ao sujeito, reafirmando que ele é ele mesmo e não outro”. É a representação verdadeira do ‘ser no mundo’, que automaticamente torna-se variável dependendo dos acontecimentos ou fatos (GINGER, GINGER,1995).

> O *self* é nossa maneira particular de estarmos envolvidos em qualquer processo, nosso modo de expressão individual em nosso contato com o meio. Ele é o agente de contato com o presente que permite nosso ajustamento criador (GINGER; GINGER, 1995).

Cabe ressaltar, que Ribeiro (2016) afirma que o corpo é o primeiro campo de contato e que este possui duas dimensões: as relações espaciais e as relações

temporais. Assim, os acontecimentos que ali se dão, dentro deste campo, necessitam ser vistos dentro destas duas dimensões. Desta forma, o *Self*, enquanto órgão da mente é partícipe destas duas dimensões, e são elas que caracterizam o funcionamento do corpo como um todo (RIBEIRO, 2016).

Segundo Ginger e Ginger (1995) o *Self* possui quatro ciclos: a) O pré- contato: é onde o indivíduo sente as sensações, estimulado pelo meio, pelo contexto daquele momento. Desta forma o estímulo do meio se torna a figura que solicita o interesse do indivíduo; b) O segundo ciclo: tomar contato, refere-se a uma fase ativa, onde o organismo enfrenta o meio. Trata-se de um processo, que tem por função definir a figura para aquele momento. Cabe ressaltar que esta fase é acompanhada de uma emoção; c) O contato final: é responsável por estabelecer uma confluência, onde não seja possível diferenciar o organismo e o meio. Desta forma, tem-se uma ação que torna-se unificada no aqui e agora e que automaticamente traz uma coesão entre percepção, emoção e movimento; e d) O pós contato, e último ciclo: pertence a uma fase de assimilação, onde o indivíduo de certa forma consegue digerir as experiências que viveu. (GINGER; GINGER, 1995).

Logo, pode-se afirmar que o *Self* funciona de forma a integrar a personalidade do sujeito com as experiências vividas por este. É neste momento que o indiví-

duo é possibilitado a fechar suas *Gestalts*, uma vez que um ciclo termina e volta-se para a estaca zero, e de onde poderá emergir uma nova experiência, (GINGER; GINGER, 1995)

Self é uma estrutura cujo processo pretende revelar o íntimo funcionamento da personalidade ou da pessoa. É também um processo na e da pessoa, que indica um jeito peculiar e restrito de funcionar a personalidade (RIBEIRO, 2016, p. 170).

O *Self* é o responsável por informar ao psicoterapeuta onde o paciente está em sua função quanto ao id, ego e personalidade. A partir daí, é possível visualizar um mapa interior, que tende a ser utilizado na psicoterapia para guiar o psicoterapeuta no trabalho a ser realizado (RIBEIRO, 2016).

Neste sentido, permite que o paciente faça uma viagem para o autoconhecimento, como afirma Ribeiro (2016, p. 170)

> É por meio do *Self*, que o indivíduo se conhece como sendo ele mesmo, e consequentemente, diferente de qualquer outro ser, é ele quem dá identidade ao sujeito; é, uma estrutura que revela o funcionamento da personalidade ou da pessoa.

7 DIÁLOGO INTERNO, O CONTATO E A *AWARENESS*

Para que o indivíduo promova um diálogo interno, é necessário que ultrapasse as barreiras da resistência, já que esta, por sua vez, tem implicações que são de longo alcance, visto que caracteriza-se por ser uma força intrapessoal que interfere no movimento que o sujeito faz para alcançar seus objetivos. Desta forma pode-se afirmar que a resistência é um sabotador das diversas forças que existem dentro do indivíduo, uma forma de agente anti-eu.

Entretanto, a resistência não deve ser considerada apenas como uma barreira a ser removida, mas como uma força difícil de ser administrada. A resistência possibilitará ao indivíduo um auto crescimento, mas para tanto, não deve ser removida, porém focalizada. Desta forma, o indivíduo poderá ter mais chances de aumentar sua resiliência, isto se, o mesmo for capaz de superar sua resistência, bem como, cabe lembrar, que para além disto, a resistência é parte da identidade do sujeito.

Ao terapeuta, cabe ressaltar que um sujeito resistente não é apenas um sujeito resistente, mas sim, um ser que carrega consigo as mais diversas experiências, dores e sofrimentos, portanto, pode-se afirmar que a resistência tende a fazer parte da essência do indivíduo e que isto, acima de tudo deve ser considerado pelo psico-

terapeuta, não como uma forma de defender as atitudes do sujeito, mas para melhor compreensão do que este sente.

Ressalta-se a importância da não resistência para que outros processos não sejam bloqueados em psicoterapia, como o contato, por exemplo, que de acordo com Polster e Polster (2001, p. 111) é a "função que sintetiza a necessidade de união e separação". É por meio do contato que o sujeito recebe oportunidade de encontrar o mundo externo, sendo o que mantem o sujeito, que sustenta e revigora. Os autores supracitados afirmam sobretudo, que contato é a reunião de intimidade entre pessoas, portanto, só pode acontecer entre seres separados. O contato é algo tão expressivo que não exige uma mudança consciente do sujeito, mas é fato que ela acontece inconscientemente. Desta forma é correto afirmar, que a mudança é dependente do contato e está ligada profundamente com este.

Entretanto, é natural que o contato da intimidade e união sejam confundidos em certa instância, mas é necessário afirmar que ambos são distintos. Segundo Polster e Polster (2001, p. 115) "o contato ocorre numa 'fronteira que mantem um senso de separação' para que, consequentemente, união não ameace trazer sobrecarga ao sujeito". Assim, os autores afirmam que o contato 'envolve um senso do próprio eu' bem como, a 'capacidade de discriminar o universo entre o eu e o não eu'.

No entanto, assim como em outros processos, o contato quase sempre está acompanhado de riscos de perda, principalmente da identidade ou da separação. Este processo está intimamente ligado ao *insight*. É o insight que serve de guia para que o contato seja estabelecido, como um caminho que todo sujeito precisa percorrer para chegar ao ouro. É neste momento que o indivíduo encontra as respostas de que estava à procura, e desenvolve a sensibilidade necessária para continuar o processo psicoterapêutico. Nada mais relevante, do que saber que o contato é o encontro que o sujeito tem com ele mesmo e que abre possibilidades para o diálogo interno (POLSTER; POLSTER, 2001)

A partir da constituição do diálogo interno, é possível afirmar que o sujeito terá uma outra percepção de si mesmo bem como das situações que está passando. É o diálogo interno que prepara o sujeito e dá suporte para a tomada de consciência (*awareness*).

Joyce e Sills (2016) apontam que a *awareness* é um conjunto de sensações de auto percepção do indivíduo, uma vez que permite ao indivíduo a identificação de seus sentimentos, pensamentos e comportamentos, abrangendo inclusive os relacionamentos com outras pessoas e a influência que o ambiente tem sobre ele e vice-versa. Assim, torna-se admissível, que a awareness é o processo que permite a mudança do indivíduo.
Entretanto, Polster e Polster (2001) enfatizam que para

que *awareness* aconteça em sua forma pura e total, há uma necessidade de o indivíduo dispor de um primeiro estado de atenção ou alerta, o que os autores chamam de '*aware*'. Desta forma, primeiramente o indivíduo estará *aware* e posteriormente *awareness*.

Joyce e Sills afirmam que (2016, p. 49) "[...]a promoção e o encorajamento de uma *awareness* plena e fluída são a pedra angular da prática da Gestalt [...]", isto porque, segundo os mesmos a *awareness* é uma percepção ou conhecimento não verbal daquilo que está ocorrendo aqui e agora, sendo um tipo de energia que proporciona ao indivíduo uma facilidade para assimilar as situações das quais está vivenciando, além de viabilizar seu autoconhecimento, suas escolhas e sua criatividade. Joyce e Sills (2016 apud PERLS, 1969) reconhecem três zonas de *awareness*. A primeira é a zona interior, a segunda zona exterior e a terceira é a zona média. Essa conceituação possui a desvantagem de criar uma falsa impressão de uma divisão entre o experienciar interno e externo. No entanto, ainda que essas zonas aparentem uma interdependência, é valoroso afirmar de que elas possuem uma interconexão e, portanto, são dependentes uma das outras.

A zona interior se refere à fenômenos subjetivos do paciente, ou seja, a suas sensações, como tensão ou relaxamento, por exemplo. Para além disto, é nesta zona que se localizam os estados corporais- afetivos do pacien-

te. Já a zona externa é o contato de *awareness* com o mundo externo, o que inclui as falas, ações e comportamentos do indivíduo. Por fim, tem-se a zona média, que compreende o pensamento, emoções e reações, imagens e fantasias, memórias e expectativas. A função principal da zona média é organizar as experiências do indivíduo oportunizando a chegada das mesmas a um entendimento cognitivo e emocional. Entretanto, planejar, imaginar, criar e fazer escolhas, também é parte de suas funções. Martin (2013) ressalta que a *awareness* é além de um estado de consciência, um momento em que o indivíduo encontra-se com sua totalidade. Desta forma, é inegável que este processo desempenha um papel importante na psicoterapia, visto que possibilita um olhar para dentro de si de forma intelectiva e emocional.

8 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa em questão foi realizada por meio do método de pesquisa bibliográfica de fonte secundária. De acordo com Marconi e Lakatos (2017, p. 200) este tipo de pesquisa "[...] abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo". Afirmam que as fontes bibliográficas variam, e que em função disto, são grandes fontes de informação ao pesquisador, onde as mesmas exigem manipulação e procedimentos diferentes.

Quanto aos objetivos, configura-se como sendo exploratório, uma vez que há pouco conhecimento sobre a temática a ser abordada e em função disto se busca explorar com maior profundidade o tema abordado (MARCONI; LAKATOS, 2017). O método de procedimento será monográfico, sendo este caracterizado por ser um estudo sobre um tema específico ou particular de suficiente valor representativo e que obedece a rigorosa metodologia. Investiga determinado assunto, não só em profundidade, mas em todos os seus ângulos e aspectos, dependendo dos fins a que se destina (MARCONI; LAKATOS, 2017).

Quanto a caracterização da pesquisa, pode-se afirmar que a mesma é descritiva, uma vez que tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Preocupa-se em observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los, e o pesquisador não interfere neles (MARCONI; LAKATOS 2017).

Concernente ao método de abordagem, a pesquisa atende ao método fenomenológico, visto que este é empregado em pesquisa qualitativa. Não é dedutivo nem indutivo, preocupa-se com a descrição direta da experiência tal como ela é. O sujeito/ator é reconhecidamente importante no processo de construção do conhecimento (MARCONI; LAKATOS, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa bibliográfica apontou, que o processo de *awareness* está intimamente ligado a diversos conceitos já descritos neste trabalho. Dentre os principais destaca-se: a fenomenologia, o contato, o aqui agora, o dar-se conta, bem como, o diálogo interno e o *Self*. Para tanto, observou-se a inter-relação entre os conceitos citados, uma vez que Ribeiro (2016) afirma a Gestalt, acredita na totalidade que constitui o sujeito, e que esta totalidade é o que traz características subjetivas do sujeito e ao que este constitui como essência. Desta forma, a *awaraness* só será possível quando o paciente compreender cada conceito e como estes abrangem seu contexto. Assim, fica evidente que a *awareness* é resultado da elaboração de todos os processos que permeiam o ambiente psicoterapêutico.

Destaca-se que diante da pesquisa realizada, cabe enfatizar que a mudança precisa ser aceita pelo paciente, uma vez que se constitui no principal objetivo da psicoterapia. Para tanto, é necessário que o psicoterapeuta identifique quais mudanças são necessárias, bem como, em qual zona '*ware*' o paciente se encontra.

Evidenciou-se que o sujeito constitui sua própria subjetividade e totalidade, portanto, cabe afirmar que a não elaboração de um dos processos psicoterapêuticos já citados pode interferir diretamente no processo de

awareness, já que todos os processos estão interligados, o que significa que são dependentes um do outro. Cabe enfatizar, que a pesquisa em questão é extremamente relevante, não só pela escassez de material sobre o tema, mas para auxilio dos profissionais psicólogos que cujos pacientes seguem mantendo resistência no processo psicoterapêutico.

REFERÊNCIAS

CATALDO, U. H. P.; **Gestalt-terapia:** fenomenologia na prática clínica. Revista Igt na Rede, Universidade Federal de Brasília, v. 10, n. 18, p.187-222, 2013. Disponível em: <www.igt.psc.br/ojs>. Acesso em: 15 out. 2016.

MARCONI, M; LAKATOS, E M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MARCONI, M; LAKATOS, E M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARTIN, A.; **Manual Prático de Psicoterapia Gestalt.** 3 ed. Petrópolis: Rio de Janeiro,2013

GALLI, Loeci Maria Pagano. **Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-terapia.** Estudos e pesquisas em Psicologia, v. 9, n. 1, p. 0-0, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v9n1/v9n1a06.pdf. Acesso em 20 out.2017.

GINGER, Serge; GINGER, Ane. **Gestalt: uma terapia do contato.** 5. ed. São Paulo: Summus, 1995.

GRANZOTTO, Marcos José Muler; GRANZOTTO, Rosane Lorena Muler. **Fenomenologia e Gestalt** - terapia. 2 ed. São Paulo: Summus, 2007.

JOYCE, P.; SILLS, C.; **Técnicas em Gestalt:** Aconselhamento em Psicoterapia. Petrópolis: Vozes, 2016.

POLSTER, E.; M. POLSTER. **Gestalt Terapia Integrada.** São Paulo: Summus, 2001.

RIBEIRO, J. P. Psicoterapia: Teorias e Técnicas Psicoterapêuticas. 2 ed. São Paulo: Summus, 2013

RIBEIRO, José Ponciano. **Vade-Mécum de Gestalt- Terapia:** conceitos básicos. 3.ed. São Paulo: Summus, 2016.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt- Terapia:** Refazendo um caminho.8.ed. São Paulo: Summus, 2012.

RODRIGUES, Hugo Elidio. **Introdução à Gestalt- Terapia:** Conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

PERLS, F.S. **Isto é Gestalt.** 6. ed. São Paulo: Summus, 1977.

INTEGRALIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE COMO UM ATO DE RELIGAR: UMA PRÁXIS, DA QUAL A PSICOLOGIA DEVE DEBRUÇAR-SE

12

Valdecir Paves
Simoni Urnau Bonfiglio

A psicologia vem ocupando-se em debruçar seu olhar por diversos contextos no seu campo de atuação, em função da mesma apresentar crescente avanço de exercício diante dos anseios apresentados no cotidiano, nesse sentido, sua abrangência é ampla e promissora. Para tal se faz necessário criar espaços para um diálogo entre a psicologia e seus saberes, assim como a espiritualidade e religiosidade e o campo de atuação do profissional da psicologia, o qual proposita interação, convergindo para uma prática voltada à saúde e integralidade da pessoa.

Diante do exposto, a psicologia enquanto ciência deve olhar para essas questões como um fenômeno que deva ser estudado e compreendido.

Neste sentido, a pesquisa tem como intuito reconhecer as diversas possibilidades de atuação do trabalho do psicólogo, proporcionando o desenvolvimento emocional, comportamental e social de pessoas que se encontram em situação emocionalmente fragilizadas. Assim sendo, Ginger e Ginger (1995 apud PERLS, 1981, p. 127) ressaltam que:

> o estudo da maneira como uma pessoa funciona em seu meio é o estudo do que acontece na fronteira de contato entre o indivíduo e seu meio. É nessa fronteira que os eventos psicológicos têm lugar. Nossos pensamentos, nossas ações, nosso comportamento, nossas emoções são nosso modo de experiência e de encontro com esses eventos de fronteira.

A pergunta que norteia essa pesquisa está relacionada a compreensão das influências da espiritualidade e religiosidade no contexto de saúde de forma a reconhecer como essas podem contribuir para o desenvolvimento da saúde física e mental assim como de analisar as variáveis que levam o indivíduo a buscar a espiritualidade e religiosidade como meio de enfrentamento dos conflitos existenciais. Para tal, foi utilizada a pesquisa qualitativa, pois parte da busca de um significado no que tange a religiosidade/espiritualidade, proporcionando a compreensão dos fatores pelos quais a busca desta é realizada.

Para Minayo (2001, p. 14)

> a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis [...].

A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador. Por ser exploratória, não tem o intuito de obter números como resultados. A pesquisa bibliográfica, trata de um assunto que diverge ao contexto da ciência, mas está presente em diversos contextos nos quais as pessoas buscam a integralidade e saúde. Corroborando a isso, Gil: (2007, p. 17) "define que pesquisa é um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos".

Frente a isso, a relação que a espiritualidade e religiosidade tem com a saúde do indivíduo vem sendo aos poucos inserida e estudada no campo da psicologia, a qual volta seu olhar para o fenômeno, a totalidade e integralidade do Ser[29] e sua subjetividade na contemporaneidade.

[29] Possui o significado de "existir". Existência entre pessoa, cidadão (p.e. "ser humano"; "aquele ser é meu irmão". Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/ser/>. Acesso em: 21 nov.17.

1 A CONSTRUÇÃO DA PSIQUE- INTEGRALIDADE

Tendo em vista o crescente desenvolvimento na história da psicologia[30] e nesse processo como a qual se tornou ciência, sua preocupação está voltada para o desenvolvimento e as experiências humanas e para a concepção de homem com a realidade que o cerca. O que é então a psicologia do desenvolvimento? É uma área da psicologia que se dedica a estudar os fenômenos relacionados ao crescimento, seja ele, físico, biológico, social e psicológico. Assim, Rappaport (1981, p. 3) define a psicologia do desenvolvimento como a ciência que pretende:

> Explicar como é que, a partir de um equipamento inicial (inato), o sujeito vai sofrendo uma série de transformações decorrentes de sua própria maturação (fisiológica, neurológica e psicológica) que, em contato com as exigências e respostas do meio (físico e social), levam à emergência desses comportamentos.

Corroborando com a mesma concepção, Pinto (2009) descreve que a psicologia do desenvolvimento tem como foco os aspectos fisicomotores, intelectuais, afetivos, emocionais e sociais. Sob essa visão, deve-se

[30] FREITAS, RH., org. História da psicologia: pesquisa, formação, ensino. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. Available from SciELO Books. Acesso em: 16 jan. 17.

considerar a pessoa como um todo, sua personalidade, suas referências corporais, espirituais, psíquicas, culturais e na compreensão que todos, inclusive os profissionais de psicologia, tendem a realizar mudanças e reorganizar suas estruturas. É fundamental, portanto, essa consciência, pois a relação entre espiritualidade e religiosidade e desenvolvimento faz parte do 'Ser' e de sua história que se atualiza constantemente.

Porém, segundo Ribeiro (2005), pode-se compreendê-la como um conjunto de características psicológicas que especificam o modo de pensar, sentir e agir, ou seja, a individualidade pessoal e social de uma pessoa. Contudo, sua formação passa por um processo gradual, complexo e único para cada indivíduo.

De acordo com Jung (1978) a persona compõe a personalidade. É um arquétipo que pode aparecer em sonhos e ter um número bastante grande de diferentes formas, ou seja, ambas podem ser traduzidas como 'máscaras' que se utiliza ou que descrevem o comportamento perante outras pessoas, simbolizando o rosto que se usa para o encontro com o mundo que o cerca. Jung (1978, p. 82) descreve persona como parte da personalidade, assim:

A persona é um complicado sistema de relação entre a consciência individual e a sociedade; é uma espécie de máscara destinada, por um lado, a produzir um determinado efeito sobre os outros e por outro lado a

ocultar a verdadeira natureza do indivíduo.

Pressupõe-se a partir de tais colocações, que a persona corresponde ao modo funcional, por aquilo que motiva, ou seja, o modo como no cotidiano cada pessoa se apresenta na sociedade, sendo ela provida de sentido ou objetivo da psique humana. Dentro desse enfoque, nota-se que a estrutura humana possui uma psique, uma alma, onde nela existe um centro organizador aos quais os estudiosos citados acima, denominam de *Self*.

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o *Self* é o centro da personalidade. Nele se desenvolve e contém as potencialidades essenciais do homem. É uma voz interior em que o ego segue e nesse seguimento almeja a evolução da vida. Dessa forma, percebeu-se que a experiência do *Self*, o ato de religar-se, encontrar a si mesmo, pode ser comparada a experiência religiosa.

Sendo assim, Ribeiro (2006) descreve o *Self* como o "si mesmo", explana como ele funciona, sem, no entanto, explicar como ele é, embora se possa chegar à essência de algo pela explicitação contínua de como a sua existência acontece.

> *Self* é uma estrutura cujo processo pretende revelar o íntimo funcionamento da personalidade ou da pessoa. É também um processo na e da pessoa, que indica um jeito peculiar e restrito de funcionar da personalidade. Podemos dizer, em síntese, que ele é uma estrutura processual. [...] O coração tem a função de bombear o sangue, os pulmões de prover a respiração, o self de facilitar a cada pessoa

> a percepção de si mesma, de fazer que ela sinta quem e como é. Temos essa sensação e essa sensação é o *self* sendo experienciado é uma estrutura cujo processo pretende revelar o íntimo funcionamento da personalidade ou da pessoa. É também um processo na e da pessoa, que indica um jeito peculiar e restrito de funcionar da personalidade. Podemos dizer, em síntese, que ele é uma estrutura processual. [...] O coração tem a função de bombear o sangue, os pulmões de prover a respiração, o self de facilitar a cada pessoa a percepção de si mesma, de fazer que ela sinta quem e como é. Temos essa sensação e essa sensação é o *self* sendo experienciado (RIBEIRO, 2006, p. 170).

No entanto, a fenomenologia considera a personalidade só em termos de percepção, seja ela pela pessoa, de si mesma, outras pessoas e seu ambiente, atribuindo a motivação, aprendizagem e adaptação à necessidade do homem resolver contradições em sua alma e a partir de observado o fenômeno, corrigir e ressignificar sua história. Segundo Ribeiro (2012, p. 75), "[...] o ser humano é sua própria história, ela se define se internalizando".

> A compreensão fenomenológica do mundo consiste em redescobrir a sua gênese intencional na consciência, tanto de um registro puramente intuitivo como descritivo. Existe, pois, um caráter intencional da consciência (FENÔMENO, 1970 apud RIBEIRO, 2012 p. 75).

Assim, percebeu-se que é a partir desse processo de compreensão e construção, que a história de vida possa ser ressignificada. Nelas se encontram questões

referentes à espiritualidade e religiosidade que são apreendidas, vividas e constituem o curso pelo qual a pessoa se relaciona consigo e com mundo.

2 ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

Pode-se observar na atualidade, que as questões que se reportam a espiritualidade e religiosidade aparecem no campo clínico. Quanto a isso, parece ser propício discorrer sobre a totalidade do 'Ser', que busca sua integralidade diante das divergências que esse se encontra dando sentido à busca de uma autonomia e crescimento pessoal, a partir de sua singularidade, individualidade e totalidade.

Paralelamente, a espiritualidade e religiosidade são inerente ao 'Ser', quer tenha consciência ou não. O homem, por força de sua dimensão espiritual, pode encontrar sentido em cada situação da vida e dar-lhe uma resposta adequada (CONCEIÇÃO, 2009).

Cabe, todavia, salientar que a espiritualidade e religiosidade são construtos distintos, pois a primeira envolve o existencial e a essência daquilo 'que é o que se torna' o ser humano, dando significado para sua vida diante de sentimentos de esperança e fé, promovendo assim seu bem-estar. Nesse sentido a

> Espiritualidade é viver com espírito e, portanto, é uma dimensão constitutiva do ser humano. Espiritualidade é uma expressão para designar a totalidade do ser humano enquanto sentido e vitalidade, por isso espiritualidade significa viver segundo a dinâmica profunda da vida. Isso significa que tudo na existência é visto a partir de um novo olhar onde o ser humano vai construindo a sua integralidade e a sua integração com tudo que o cerca (MULLER, 2004, p. 8).

Cabe ressaltar que a espiritualidade/religiosidade está ligada ao sentido de buscar a si mesmo, de tornar-se confiante, partindo de um processo onde se estabeleça o perdão, ou seja, a ressignificação daquilo que perturba, a reconstrução pessoal relacionado à autoestima, o amor-próprio e a realização. Solomon (2003, p. 18) deixa explícito que não associa necessariamente a espiritualidade com a existência de Deus, imortalidade pessoal, sansões em outra vida, pelo contrário, insiste que o "[...] amor bem pensado a vida, desdobra-se em três atitudes naturais ao homem, mas exclusivas dele, a saber: a reverência, a confiança e o perdão".

Partindo dessa premissa, observam-se como essas três atitudes são percebidas no contexto da psicologia. Iniciando com a reverência, pois se pode tratar essa, como sendo o início de um processo psicoterapêutico. Assim como o cliente chega aos psicólogos, proporcionam-se a ele um caminhar por sua história. A partir disso, esse poderá/deverá fazer o movimento de dobrar-se a si mesmo e olhar para si e consequentemente melhorará

seu relacionamento consigo e com os demais, tomando melhores decisões, fazendo escolhas por vezes diferentes, embora isso não o isente de possíveis erros.

Em seguida, a confiança no profissional, pois revela seus segredos, suas dificuldades, requer além da coragem, uma escuta acolhedora. Na sequência, o perdão, esse carregado pelo peso da culpa, muitas vezes não permite um olhar que vá além do erro, aprisionando e adoecendo a pessoa. Engendrar essa reconstrução, aparentemente não é tão simples, pois exige do paciente o desejo de querê-lo, já o psicoterapeuta deverá estar atento e auxiliá-lo nessa reconstrução.

Nessa perspectiva de relação existencial, o fato de cuidar do 'Ser' é um abrir-se na busca de sentido. Logo, na medida em que esse processo vai acontecendo, o paciente atribui novo olhar sob sua história, adquirindo assim, confiança e cuidado em si, no seu 'eu' verdadeiro. Porém, nesse sentido, percebeu-se que a espiritualidade e religiosidade tem relação com a saúde psíquica e emocional, proporcionando para a pessoa que a pratica, uma fonte de força e orientação, além de uma resiliência frente às dificuldades decorrentes da ansiedade e do estresse que surgem no cotidiano.

Entretanto, quanto ao olhar da psicologia, a questão espiritual e religiosa apresenta-se como fenômeno humano, cabendo ao paciente encontrar-se nela ou não. Nesse caminho, a partir da escolha que a pessoa faz, na

construção de seu eu interior, devolve-se a dignidade, o direito a esse encontro, fortificando o estar em si, visando à integralidade e a saúde.

> Assim a dignidade do homem está fundada sobre sua liberdade, uma liberdade que pode chegar ou não até o ponto no qual o próprio homem decide fechar-se perante Deus, também a dignidade da ciência se apoia nessa incondicional liberdade, que garante a independência da investigação. Assim como a liberdade humana deve ser preservada a qualquer preço: mesmo ao risco de ter que colocar em contradição os resultados da investigação e a verdade da fé (FRANKL apud PETER, 1999, p. 86).

A espiritualidade/religiosidade envolve tudo aquilo que o indivíduo expressa por meio de crenças, valores e práticas. Nela o indivíduo pode revelar seu modo de ser ou de sua espiritualidade. Como observa-se, ambas estão associadas com a saúde e como colaboradoras na manutenção do comportamento, constituindo assim, recursos promissores na questão da saúde, reabilitação e prevenção, pois elas fazem parte do ser. Sendo assim, após ouvir o paciente, pode-se utilizar de suas próprias experiências, crenças e valores, tendo um olhar holístico sobre a questão e/ou fato, viabilizando condições para uma melhor compreensão de seu psiquismo.

Tudo isso dependerá da percepção que o paciente vai adquirindo mediante o processo psicoterapêutico e do olhar que o profissional terá diante das questões espirituais atribuídas pela pessoa.

> As formas como se dá a atenção pelo espírito variam, mas nelas se reconhece um ponto comum. Esse ponto pode ser denominado 'holismo'. Hólos, em grego, significa todo inteiro, O holismo é a integração da pessoa, do grupo, da sociedade, do universo num todo não fragmentado. Por significar inteiro, hólos também é dotado de integridade, e significa sadio. O holismo é, portanto, integração e integridade, e por isso holismo tem a ver com saúde. Por meio do holismo ligamos, portanto, a espiritualidade à saúde e à qualidade de vida (PAIVA, 2004 apud MULLER, 2004, p. 127).

Nessa perspectiva, a espiritualidade e religiosidade constituem-se temas de suma relevância, visto que influenciam a saúde psíquica e o comportamento humano no enfrentamento de suas dificuldades. Cabe destacar, que na dimensão de enfrentamento, a espiritualidade e religiosidade desempenha um papel preventivo, promovendo melhores habilidades de vida e ao bem-estar físico e psíquico do paciente.

Essa é uma questão que inúmeros pacientes poderão trazer no campo clínico e psicoterapêutico, onde o profissional terá ao menos que entender a dinâmica sem impor suas crenças, valores ou mesmo sua ciência. No entanto, na contemporaneidade, a mesma tem mostrado seu interesse no que tange ao assunto.

É possível, porém, que a partir de um diálogo entre a psicologia e a prática da espiritualidade e religiosidade, possam contribuir no processo doença/saúde. Esse encontro tende a influenciar positivamente na melhoria e aquisição de hábitos saudáveis e de certa maneira, pos-

sibilitar no processo de superação dos problemas considerados conflitantes ou aversivos que possam surgir na vida das pessoas. A espiritualidade e religiosidade oferece a possibilidade de encontrar meios para lidar com tais situações.

> A espiritualidade pode surgir na doença como um recurso interno que favorece a sua aceitação, o empenho no restabelecimento, a aceitação de sentimentos dolorosos, o contato e aproveitamento da ajuda das outras pessoas e até influência na própria reabilitação (SELLI; ALVES, 2007. p. 49).

Nesse sentido, a psicologia pode contribuir utilizando a seu favor as questões de cunho espiritual e religioso, pois está diretamente operante na subjetividade do paciente e de certa forma se mostra vinculada a questão do bem-estar e saúde. Notoriamente as questões acima descritas, envolvem crenças e valores pessoais que foram apreendidas durante o processo de desenvolvimento e amadurecimento de cada pessoa.

Tais questões refletem o modo de viver e agir. Outro fato perceptível, é de pessoas que vivenciam uma espiritualidade e religiosidade, ligadas ou não a fé ou uma instituição, adquirem maior resiliência frente aos desafios e desempenham seus papéis de forma a contribuir não somente para o seu crescimento, mas coletivamente. A partir da definição de crença e valor, tem-se uma noção de como isso acontece.

3 CRENÇA

No cotidiano, essa palavra é muito utilizada e para cada indivíduo possui determinado significado, ou seja, a crença parte de uma avaliação pessoal a partir de experiências internas ou externas, tendo ou não certeza sobre as mesmas. Em filosofia, mais especificamente em epistemologia, crença é um estado mental que pode ser verdadeiro ou falso. Ela representa o elemento subjetivo do conhecimento. Platão, iniciador da tradição epistemológica, opôs a crença (ou opinião - doxa, em grego) ao conceito de conhecimento[31].

Em outras palavras, pode-se entender por crença, a firme convicção e a conformidade com algo. Percebe-se que a crença é a ideia que se considera verdadeira e a qual se dá todo o crédito. Pode-se considerar um paradigma que se baseia na fé, já que não existe algo que demonstre, fundamente e justifique de forma empírica, podendo-se comprovar. Tal relação propende a modificar-se ao longo da vida, pois as opiniões tendem a modificar-se de acordo com as circunstâncias e realidades, adquirindo novo formato e valor.

[31] Ação de acreditar, confiar, ter esperança e ser otimista em relação a algo ou alguém. Em filosofia, mais especificamente em epistemologia, **crença** é um estado mental que pode ser verdadeiro ou falso. Ela representa o elemento subjetivo do conhecimento. Platão, iniciador da tradição epistemológica, opôs a **crença** (ou opinião – 'doxa', em grego) ao conceito de conhecimento. Disponível em: <http://www.http://www.dicionarioinformal.com.br/crenca/>. Acesso em: 21 nov. 17)

4 VALOR

O valor está ligado com aquilo que se acredita que seja bom e pode-se dizer que é parte de algo intrínseco. No sentido figurado, valor[32] é a importância dada a quem se tem estima, afeto, apreço e consideração. Pode ser atribuído a custo de mercadoria ou a qualidade conferida alguém que tenha bravura, coragem e valentia. Logo, a forma como as pessoas atribuem e relacionam a espiritualidade e religiosidade com questões de crença e valor e como estas interagem na sociedade e quais mecanismos delimitam o mesmo. Neste processo de relação do sujeito com o mundo descreve Juliano (1999 p. 25), o que entende como Gestalt:

> A Gestalt é principalmente uma postura diante da vida, que implica um contato vivo com o mundo, com a pessoa do outro, na sua singularidade, sem pré-concepção de qualquer ordem. Esse contato apoia-se sobre a vivência, na experiência de primeira mão, no aqui e agora, o que estimula uma presença constante e atenta, com ênfase na percepção sensorial; focaliza o fluxo e a direção da energia corporal.

[32] Qualidade que faz estimável a alguém ou a algo; legitimidade, validade, princípios ou padrões éticos e sociais aceitos por uma pessoa ou sociedade. Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/valor/>. Acesso em: 21 nov. 17.

No campo clínico em psicologia, o que envolve crença e valor, devem ser trabalhados de maneira singular de acordo com a percepção de cada pessoa, pois para cada circunstância que essa vive, haverá uma forma diferente de atribuir significado para suas relações.

> E nesta relação com as circunstâncias, realiza suas escolhas, concretizando o seu eu. A terapia nesta perspectiva visa estabelecer um 'setting' clínico de reflexão, propondo indagações ao paciente para que ele questione suas escolhas, seus projetos de ser e se abra a atualização do eu, agindo de forma objetiva frente às circunstâncias (MULLER, 2016, p. 89).

Nesse sentido, a espiritualidade está ligada ao sentido de buscar a si mesmo e nesse buscar, a pessoa vai se aproximando daquilo que verdadeiramente ela é, juntando suas partes e formando um todo.

5 GESTALT-TERAPIA

Considerando as descrições acima, pode-se pensar a pessoa como um 'todo' e a partir do instante em que o psicólogo for procurado, é imprescindível que o profissional compreenda o indivíduo em meio a sua subjetividade. Potasio (2008, p. 21), nos auxilia a compreender que:

> A existência sadia dá-se quando o eu, sabendo-se paradoxal, 'decide' por si próprio, perante si, ao mundo e a Deus. Este eu sai da ilusão pelo movimento de transparecer-se a si mesmo. Realiza-se como indivíduo, contrapondo-se ao 'todo mundo', à multidão, singularizando-se, criando a si próprio.

Observando o conceito de 'todo e parte', a psicologia da Gestalt, mostra que o 'todo' é diferente da soma das partes, mas só o 'todo' pode trazer o significado e o que revela o significado desse 'todo' é a inter-relação das 'partes'. Ribeiro (1985) compreende que quando se depara com algo, a nossa percepção o capta como um 'todo' e a seguir percebe-se suas partes. É premente compreender que a 'parte e o todo' dependerão das informações elucidadas pela memória e a estruturação da nossa percepção sobre determinada experiência.

Tal experiência só chega de modo completo quando a espiritualidade é realmente vivenciada e experimentada como um 'todo', por mais que esse 'todo' seja apenas um esboço de uma realidade almejada ou parte do Ser. Percebe-se que o 'todo' é diferente da soma das partes, pois a percepção é determinada pelo caráter do campo como um 'todo', não é uma soma, nem produto das partes, é uma realidade.

Diante de tais colocações, percebeu-se certa dificuldade em pensar sobre espiritualidade/religiosidade na relação com a psicologia e a saúde, a não ser fazendo uma separação do subjetivo para o que é mensurável cientifica-

mente, embora tais atribuições resultem na totalidade do Ser. Elementos esses que compõem corpo e alma, dentro e fora, certo e errado, ciência e fé, ou seja, ao direcionar nossa atenção para um só fenômeno, acaba-se perdendo a sua totalidade. Assim descreve Ribeiro (2016, p. 69):

> Estamos habituados a um permanente dualismo. Parece até que não conseguimos pensar a realidade a não ser dividindo. Dentro e fora, alma e corpo, clássicas dicotomias. Perdemos com isso a magia da totalidade, pois o dualismo privilegia a parte sobre o todo, perdendo também a riqueza do encontro de existenciais que unem todos os seres e lhes dão um sentido na relação. Podemos, no entanto, falar de dualidade porque ela não rompe, necessariamente, a relação intrínseca que certos elementos ou coisas mantem entre si, mas destaca a relação que constitui a realidade polimorfa de dois seres numa única unidade de sentido.

De acordo com Mayer (1986), a gestalt-terapia compreende, o homem enquanto uma totalidade, ou seja, um sistema integrado e organizado, uma unidade indivisível corpo/mente, onde não há separação entre as partes que o compõem, mas sim integração, correlação, organização e interdependência.

Nesse enfoque, Perls (1981) descreve que a Gestalt concebe também um homem como um organismo unificado, não admitindo a divisão entre mente e corpo. Reconhecer que os pensamentos e as ações são partes da mesma matéria, sendo as ações físicas inter-relacionadas às ações mentais. Nessa relação de espaço e tem-

po, um não pode ser pensado sem o outro. Assim sendo, corrobora Ribeiro (2016, p. 69) quando afirma que "[...] trata-se de uma relação de elementos existenciais que dá sentido a duas realidades diferentes, que só se fazem compreensíveis por meio de uma relação ontológica, isto é, do ser enquanto ser".

Partindo dessa premissa, não há no homem separação entre o seu sentir, o seu pensar e o seu agir, sua mente, seu corpo e suas manifestações são partes de um todo, ou seja, são formas diferentes de expressão daquele ser humano e estão portanto, integrados e configurando um todo.

Então, para se compreender esse todo, é necessário descobrir e conhecer a relação entre as partes. Não há como fazer uma cisão entre o sentir, o ser e o estar. A pessoa é um ser indivisível mesmo que diga, não quero sentir isso ou aquilo, mas no momento em que relata não querer sentir, já afirma que existe em si, um sentimento, uma responsabilidade.

A partir deste pensamento, Ginger (1987. p.36) enfatiza "que considerado 'existencial' tudo que diz respeito à forma como o homem experimenta sua existência, a assume, a orienta, a dirige." A noção de responsabilidade de cada pessoa que participa ativamente da construção de seu projeto existencial em sua relativa liberdade. Outrossim, as partes compõem as lacunas que esse não quer ver e sentir por meio de suas emoções.

> Sou um corpo-pessoa. Enquanto corpo, carrego toda minha materialidade em meus sentidos, em minhas emoções, em meu tamanho, em meu peso. Como pessoa, carrego minha imaterialidade através de minha inteligência, através de minha esperança, através de meu sentido e significado (RIBEIRO, 2016, p. 95).

Ao se olhar uma pessoa, não se deve descartar que em certos casos o corpo irá refletir uma psique que pede por socorro, uma alma doente um corpo carente de afeto, atenção e vice-versa. A esses fatores, cabe considerar a individualidade, não no sentido de individualismo, mas dentro daquilo que o Ser está vivenciando. Contudo, o corpo é a própria casa do Ser onde habitam suas emoções, sentimentos, suas percepções, ou seja, uma 'caixinha' onde ele guarda sua essência, aquilo que ele verdadeiramente é.

Portanto, os fenômenos apresentados pelos clientes são fruto de um todo e não de uma das partes. Ao apresentarem uma dimensão espiritual/religiosa evidenciada pela vontade de tornar-se livre para si e o mundo, o sujeito torna-se capaz de enfrentar seus sofrimentos. Nas agitações do mundo atual, a construção do mundo interior parte das experiências de vida vividas pela pessoa.

O olhar a partir dessa abrangência requer uma reflexão sobre o homem, sua alma, sua psique e os sistemas que as transformam e que levam ao processo de construção, onde os fenômenos psíquicos atribuídos a

questão espiritual/religiosa sejam uma parte dentro desse todo, nessa evolução de conhecer-se. A isso ressalta-se:

> Como reflexo do mundo e do homem, a alma é de tal complexidade que pode ser observada e analisada a partir de um sem-número de ângulos. Com a psique acontece justamente o mesmo que acontece com o mundo: porque uma sistemática do mundo está fora do alcance humano, temos de nos contentar com simples normas artesanais e aspectos de interesse particular. Cada um elabora para si seu próprio segmento do mundo e com ele constrói seu sistema privado para seu próprio mundo, muitas vezes cercado de paredes estanques, de modo que, algum tempo depois, parece-lhe ter apreendido o sentido e a estrutura do mundo. Ora, o finito não pode jamais apreender o infinito. Embora o mundo dos fenômenos psíquicos seja apenas uma parte do mundo como um todo, é justamente por esta razão que parece mais fácil apreender uma parte do que o mundo inteiro. Mas deste modo estar-se-ia esquecendo que a alma é o único fenômeno imediato deste mundo percebido por nós e por isto mesmo a condição indispensável de toda experiência em relação ao mundo (JUNG,1984, p. 238).

Nessa perspectiva, é possível compreender ao longo do processo humano um caminho que possa levar a se encontrar progressivamente com a verdade e a confrontar-se com ela. Esse caminho se realiza a partir do momento em que a pessoa vai adquirindo autoconsciência, ou seja, quando abre espaço para se conhecer. A partir de sua própria existência (história), faz-se o movimento interno em direção a conhecer a si mesmo. Tanto

mais será sua realização no mundo e consequentemente cada vez mais as coisas farão sentido.

Esse caminho, porém, vem carregado de valores e crenças apreendidas ou escolhidas pela pessoa e que se tornam a sua verdade. Essa dimensão torna-se o meio pelo qual possa existir uma conexão do mundo externo com o interno e vice-versa. Entretanto, algumas pessoas não conseguem realizar tal conexão ou diálogo entre o que está fora e o que está dentro, entre as causas que o adoecem e as que lhe possibilitem a saúde. Os psicólogos têm a oferecer a essas pessoas, meios que facilitem ou possibilitem a escolha na tomada de decisão, frente suas dificuldades. Cabe salientar que cada pessoa é única, e como tal deve ser considerada.

Em decorrência de um estado emocional ou de saúde, essa conexão entre o eu e o mundo que a cerca se torna deficitário. Logo, um processo de psicoterapia possibilitará um norte para que esse consiga estabelecer uma ligação entre seu eu, por meio do contato com o eu e o outro.

Acrescenta Yountef (1993, p. 152) ao descrever o paradoxo:

> Você não consegue ser você mesmo visando a si mesmo. Cada pessoa é única, mas somente com o engajamento humano o eu único é confirmado, mantido e desenvolvido. É só no contato do encontro Eu-Tu que a unicidade de cada pessoa se desenvolve. Somente sabendo como somos com

> outras pessoas e como elas são conosco é que nos tornamos verdadeiramente nós mesmos e nos conhecemos.

Diante do exposto, vê-se que esse é um processo que pode ser edificado com a pessoa. E somente ela, a partir de suas experiências poderá reestruturar-se e nesse caminhar, encontrar o divino, a essência de estar em si, dentro de si mesma. Pode-se afirmar que esse caminhar religa e ressignifica as partes, não as desprezando, mas reestruturando de forma clara em um processo de tomada de consciência, individuação e autoconhecimento. E nesse ato de conhecer-se, reproduzirá a essência do Ser, ou seja, quanto mais esse se conhecer, mais livre e consciente esse se torna.

> Quanto mais conscientes nos tornamos de nós mesmos através do autoconhecimento, atuando consequentemente, tanto mais se reduzirá a camada do inconsciente pessoal que recobre o inconsciente coletivo. Desta forma, vai emergindo uma consciência livre do mundo mesquinho, suscetível e pessoal do eu, aberta para a livre participação de um mundo mais amplo de interesses objetivos (JUNG, 2008, p. 53).

O autor supracitado, enfatiza que tudo o que se conhece a respeito do inconsciente foi transmitido pelo próprio consciente. A psique inconsciente, cuja natureza é desconhecida, sempre se exprime por meio de elementos conscientes e em termos de consciência, sendo

esse o único elemento fornecedor de dados para a nossa ação. Essa percepção pode ser pontuada na gestalt-terapia como *Awareness*[33].

A partir desse contato, o ser vai adquirindo consciência e nessa inter-relação ocorre o ressignificar-se, a tomada de consciência, entrando assim em contato consigo, administrando suas questões e ou conflitos. A partir de então, cria-se resiliência e adquire-se novo sentido para vida. Certamente quando um indivíduo consegue se reconhecer como Ser em sua existência, um de seus reflexos que até então era negativo por assim dizer, se despersonaliza, transformando-se em uma inquietude entre individual e coletivo.

Para tanto, uma análise pode oferecer meios que facilitem o caminhar do paciente. Nesse enfoque, a abordagem e a persona do profissional é importante para que o processo se realize. No entanto, se faz necessário que a pessoa se identifique e a partir de então, abra as 'portas da alma', com o intuito de gerenciar seus conflitos, tornando-se única, parte de um todo. Conhecer aquilo no qual se identifica no coletivo e permitir que sua alma seja tocada a partir de uma análise que lhe permita encontrar-se.

[33] Awareness é uma forma de experiência que pode ser definida aproximadamente como está em contato com a própria existência. Com aquilo que é. O ato de awareness é sempre aqui e agora, embora o conteúdo possa estar distante. O ato de recordar é agora; o que é lembrado não é agora (YOUNTEF, 1993. p. 30)

> O que torna a análise objetiva e oferece a oportunidade para uma ciência da alma é exatamente o aspecto objetivo e coletivo da alma. Este aspecto, a alma o tem em comum com os outros e aparece na capacidade de conceber, imaginar, comportar-se e ser tocada, de acordo com metáforas fundamentais que Jung chamou de padrões arquetípicos (HILLMANN, 2011, p. 172).

Enquanto pessoa sou mais do que as partes que posso enxergar, apesar de que a tranquilidade de não querer ver-me como sou, me faz fragmentar minha essência. Para a Gestalt-terapia não há uma visão determinada de pessoa, porém acredita-se nas potencialidades da psique. Ribeiro (2016, p. 95) trata dessa corporeidade como um conjunto e descreve:

> Corpo e alma. Alma e corpo. Corpo-alma. Se deixarmos que essa combinação de níveis de contato penetre nosso ser, seremos transportados para dimensões completamente diferentes. O ser pessoa é constituído por essas duas dimensões, ora atuando numa, ora mais noutra. Quando olho meu corpo, não tenho a dimensão do que estou vendo. É como olhar para o oceano e pensar que vejo apenas água, é como olhar para a lua e ver apenas luminosidade e beleza ou olhar o sol e ver apenas calor [...] sou um corpo-pessoa. Enquanto corpo, carrego toda minha materialidade em meus sentidos, em minhas emoções, em meu tamanho, em meu peso. Como pessoa, carrego minha imaterialidade através de minha inteligência, através de minha vontade, através de minha fé, através de minha esperança, através de meu sentido e significado.

Vê-se desse modo que a religiosidade ou religião fazem parte da cultura e é envolvida por mitos, rituais e comportamento moral que mostram o processo cultural, definindo significados de um grupo de pessoas ou uma comunidade. Desse modo, influenciam sobre o que pode e não pode ser feito, o que é certo e o que é errado.

Tais considerações podem delimitar o modo de pensar, agir e viver de uma pessoa, portanto, não devem ser descartas ou consideradas como sendo algo somente extrínseco do Ser, pois em sua grande maioria, é a partir de sua crença religiosa que essa pessoa consegue aproximar-se de si e se conhecer.

> A religiosidade pode ser considerada como crenças associadas a uma seita ou religião específica, caracterizada pela prática de rituais religiosos públicos que são compartilhados com pessoas que possuem as mesmas ideias a este respeito (SOCCI, 2006, p. 87).

Para a psicologia, não importa a questão religiosa em si, mas o fenômeno e o sentido que esse tem para a pessoa. A Psicologia tem por objetivo, compreender o ser humano em sua totalidade. De tal maneira, toda e qualquer investigação sobre os fenômenos trazidos pelo indivíduo ou mesmo àquilo que envolve seu comportamento. Porém, torna-se necessário ter o olhar voltado às questões espirituais e religiosas inerentes ao ser, já que são um fenômeno sócio histórico essencial para a compreensão do psiquismo.

Cabe então mencionar que o *setting* terapêutico deve propor o espaço para que haja diálogo diante das manifestações que são apresentadas pelo paciente incluindo nesse, a espiritualidade/religiosidade. Portanto, os cuidados nesse processo não excluem os cuidados com a alma, ou seja, a psique, e leve em consideração a dimensão religiosa, espiritual e ontológica do homem.

Nesse olhar, Henning (2009 apud MOREIRA-ALMEIDA et al. 2006) menciona que é necessário o estudo sobre a influência da espiritualidade em confluência com a saúde, e não necessariamente assumir um posicionamento sobre a realidade de Deus ou de um reino espiritual. Nos tempos atuais, o bem-estar espiritual acompanhado por um processo psicoterapêutico, torna-se um fator de segurança e equilíbrio emocional quando bem administrados.

Por conseguinte, gera forças diante do enfrentamento das dificuldades da vida. Para tanto, a relevância que as pessoas dão as questões da alma, fortalecem sua estrutura psíquica, mesmo que essa não tenha a compreensão sobre, mas que esse fator despende energia para sustentar e mantê-la em um equilíbrio entre o físico e emocional. Nessa prospectiva, Frankl (1987 apud PETER, 1999, p. 22) corrobora ressaltando que:

> Com certeza, não somente o psíquico, mas também o espiritual, tem dinâmica própria; de todo modo, a dinâmica do espiritual não se baseia na instintividade, e sim na tensão dos valores. Nessa tensão, tudo aquilo que tem caráter de impulsividade psíquica intervém como energia alimentadora.

A esse respeito, cabe o olhar para a importância no resgate da história de vida, suas crenças e valores. Demanda sobretudo, ativar a memória e trazer para o presente os sujeitos ou atores dessa história, propositando compreensões e redirecionamento para condutas que façam o indivíduo observar seu passado, tendo como meta o contínuo processo de crescimento.

Crescimento esse, permeado pela liberdade de escolha da pessoa, que irá prepará-la para uma vida que seja vivida no aqui e agora, com capacidade de realizar as transformações necessárias que resultem na saúde do corpo e da mente. Em decorrência do exposto, Baumann (2009, p. 72), enfatiza que:

> a vida não pode deixar de ser uma obra de arte se é uma vida humana – a vida de um ser dotado de vontade e liberdade de escolha. Vontade e escolha deixam suas marcas na forma de vida, a despeito de toda e qualquer tentativa de negar sua presença e/ou ocultar seu poder atribuído o papel causal à pressão esmagadora de forças externas que impõem um ‘eu devo’ onde deveria estar ‘eu quero’, e assim reduzem a escala das escolhas plausíveis.

Como fator determinante, no trabalho de escutar o ser humano é primordial. Compreender as razões

pelas quais esse se apoia, resgata o potencial criativo, conduzindo a uma psique saudável, estimulando a autonomia e transformação interna para reestruturação do Ser. Nessa dimensão, o mundo atual vem exigindo e colocando novos desafios frente a sociedade, que por vezes se encontra turbulenta ou diluída nas questões de relacionamentos morais e sociais. Tal diluição separa corpo, mente e espírito.

A esses fatores e em seu mais amplo sentido, a pessoa torna-se cada vez mais confusa. Em última instância, em meio ao sofrimento, assume-se como sendo um ser frágil, que necessita de ajuda para encontrar possibilidades de crescimento rumo ao sentido de Ser e existir. Cabe, porém, considerar o que Frankl (2008, p. 103) elaborou a partir de sua experiência que:

> Quando um homem descobre que seu destino lhe reservou um sofrimento, tem que ver nesse sofrimento também uma tarefa sua única e original. Mesmo diante do sofrimento, a pessoa precisa conquistar a consciência de que ela é única e exclusiva em todo o cosmo dentro deste destino sofrido. Ninguém pode assumir dela o destino, e a maneira como ela própria suporta esse sofrimento está também a possibilidade de uma realização única e singular.

Em meio a tais fatos, surge a questão de sentir-se inferior. O vazio existencial permeia a psique humana, o que se conhece por vazio da alma. Jung (1966 apud BARRETO, 2009, p. 218) corrobora afirmando:

> O sentimento de inferioridade moral não provém de uma colisão com a lei moral geralmente aceita e de certo modo arbitrária, mas de um conflito com o próprio si-mesmo (Selbst) que, por razões de equilíbrio psíquico, exige que o déficit seja compensado. Sempre que se manifesta um sentimento de inferioridade moral, aparece a necessidade de assimilar uma parte inconsciente e também a possibilidade de fazê-lo. Afinal, são as qualidades morais de um ser humano que o obrigam a assimilar seu si-mesmo inconsciente, mantendo-se consciente, quer pelo reconhecimento da necessidade de fazê-lo.

Como pode-se perceber, desenvolver a espiritualidade e religiosidade, assim como um processo psicoterapêutico, requer da pessoa desprendimento. Essa busca necessita de esforço, dedicação e principalmente o desejo de olhar para si e encontrar o divino que habita em cada um.

Esse querer conhecer-se não tem nenhuma ligação com fugir da realidade, nem evitar os contratempos que a vida apresente, implica sim, em sentir-se mais responsáveis por aquilo que se constrói no decorrer de nossa existência, dando mais significado para o momento presente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espiritualidade e religiosidade são uma construção e não a história do ser humano. Não apenas aque-

les que professam sua fé, mas como parte fundamental do modo de ser do homem. A espiritualidade confere ao homem à capacidade singular de dar sentido às coisas e dela se beneficiar no que tange a saúde e o bem-estar. Cabe a ciência, nesse caso, a psicologia, voltar seu olhar para a espiritualidade e religiosidade e trazer a seu favor, tais questões.

Essa apropriação tem por intuito ver na pessoa seu 'todo', corpo e alma. Permitir reflexões sobre a espiritualidade e religiosidade e que essas não estejam diretamente ligadas a uma instituição e sim ao fato de encontram-se. Se trabalharem juntas, ou pelo menos forem empáticas, elas podem levar a um crescimento de ambas as partes, sem alienar ou fragmentar o Ser.

Igualmente, entender que o sagrado é inerente a vida das pessoas e não apenas as que professam uma fé. Essa percepção auxilia a aproximação da pessoa com seu interior e seu sentido de vida. Talvez seja esse o início para uma religação de tudo aquilo que está desligado. Com isso, se espera harmonizar corpo e espírito, corpo e alma, corpo e mente. Portanto na prática clínica, os profissionais da área da saúde, em especial os psicólogos, têm o papel fundamental, sendo os facilitadores no processo de autoconhecimento.

O papel da escuta autêntica, a capacidade de deixar-se afetar e fazer parte do processo tende a favorecer em uma intervenção que proporcione a integração com

essa dimensão espiritual e religiosa, contribuindo assim para a saúde e bem-estar do paciente. Esse olhar visa a integralidade do Ser e enquanto Ser único, viabiliza sua construção, permitindo o ato de religar-se ao mais profundo de sua essência, reconhecendo assim seu Eu, no aqui e agora.

Porém, pouco mencionada pela ciência, a mesma não a desconsidera e busca meios de explicá-la. Em face a estas questões, é relevante permitir que haja espaços para discutir e esclarecer os conceitos sobre espiritualidade e religiosidade no âmbito acadêmico, clínico e sua relação com a saúde e a integralidade do Ser.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. H. **A dimensão ética da psicologia analítica: individuação como "realização moral".** Psicol. Clin. [online], Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.91-105, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652009000100007>. Acesso em: 23/10/ 2017.

BAUMANN, Z. **A arte da vida.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

BORGES, E. F.; SILVA, J. D. T. da; MULLER, M. C. (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida.** Porto Alegre: Edipucrs, 2004.

CONCEIÇÃO, A. M. da **Salutogênese e narrativas autobiográficas:** dimensões experiências de saúde integral na atualização do terapeuta. 2009. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp121786.pdf>. Acesso em: 24 ago. 17.

DICIONÁRIO **etmológico:** etmologia e origem das palavras: religião. Disponível em: <https://www.dicionarioetimologico.com.br/religiao/>. Acesso em: 27 ago. 2017.

DICIONÁRIO INFORMAL. **Ser.** Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/ser/>. Acesso em: 21 nov. 2017.

DICIONÁRIO INFORMAL. **Crença.** Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/crenca/>. Acesso em: 21 nov. 2017.

DICIONÁRIO INFORMAL. **Valor.** Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/valor/>. Acesso em: 21 nov. 2017.

FRANKL, V. **Em busca de sentido:** um psicólogo no campo de concentração. 25. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2008.

FREITAS, RH., org. **História da psicologia:** pesquisa, formação, ensino [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. 133 p. ISBN: 978-85-99662-83-0. Available from SciELO Books. Acessado em 16/01/17.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt:** uma terapia do contato. 5. ed. São Paulo: Summus, 1995.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt:** uma terapia do contato. São Paulo: Summus, 1987.

HENNING, C. M.; GERONASSO, T. D. **A influência da religiosidade do cliente na saúde mental e na prática clínica da psicologia.** Ágora: Rev. Divulg. Cient., Mafra, v. 16, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/viewFile/20/115>. Acesso em: 21 nov. 2017.

HILLMAN, J. **Suicídio e alma.** 4. ed. Petrópolis: Vozes,2011.

JULIANO, J. P. **A arte de restaurar histórias:** o diálogo criativo no caminho pessoal. São Paulo: Summus, 1999.

JUNG, C. G. **A natureza da psique.** Petrópolis: Vozes, 1984.

JUNG, C. G. **Fundamentos de psicologia analítica.** Petrópolis: Vozes. 2008.

JUNG, C. G. **O eu e o inconsciente.** Petrópolis: Vozes, 1978.

MAYER, E. L. **Perls e a gestalt-terapia.** In: FADIMAN, James; FRAGER, Robert. Teorias da personalidade. São Paulo: Harbra, 1986. p. 125-148.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MULLER, A. **O eu, a circunstância e o sentido.** Porto Alegre: Grupo Multifoco, 2016.

PERLS, F. **A abordagem gestáltica:** testemunha ocular da terapia. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

PETER. R. **A antropologia como terapia.** São Paulo: Paulus,1999.

PINTO, Ê. B. **Espiritualidade e religiosidade: articulações.** Revista de Estudos da Religião, p. 68-83, dez. 2009. Disponível em: <http://www.pucsp.br/rever/rv4_2009/t_brito.pdf>. Acesso em: 15/04/2017.

POTASIO, M. M. **Contribuições Kierkegaardianas para a compreensão do adoecimento psíquico**. In: FEIJO, A. M. C. de (Org.). Interpretações fenomenológico-existenciais para o sofrimento psíquico na atualidade. Rio de Janeiro: Edições IFEN, 2008. p. 1-34.

RAPPAPORT, C. R. Introdução. In: RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. da R.; DAVIS, C. **Psicologia do desenvolvimento:** teorias do desenvolvimento conceitos fundamentais. São Paulo: EPU, 1981. p.1-9. v. 1.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt terapia:** refazendo um caminho. 8. ed., rev. São Paulo: Summus, 2012.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt terapia:** refazendo um caminho. São Paulo: Summus, 1985.

RIBEIRO, J. P. **Vade-mécum de gestalt-terapia:** conceitos básicos.3. ed. São Paulo: Summus, 2016.

RIBEIRO, A. M. **Curso de formação profissional em educação infantil.** Rio de Janeiro: EPSJV/Creche Fiocruz, 2005.

SELLI, L.; ALVES, J. de S. **O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética.** Bioethikos, v. 1, n. 1, p. 43-52, 2007. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/O_cuidado_espiritual.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2017.

SOCCI, V. Religiosidade e o adulto idoso. In: WITTER, G. P. (Org.). **Envelhecimento:** referenciais teóricos e pesquisas. Campinas: Alínea, 2006. p.87 -101.

SOLOMON, R. C. **Espiritualidade para céticos. paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

YOUNTEF. M. G. Processo, **diálogo e *awareness*:** ensaios em gestalt-terapia. 2. ed. São Paulo: Summus,1993.

GESTALT-TERAPIA APLICADA AO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

13

Adriano de Souza
Simoni Urnau Bonfiglio

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) se caracteriza pelas frequentes variações de humor. A pessoa acometida por este transtorno alterna períodos de disposição com períodos de irritabilidade ou depressão. Estas oscilações de humor são variadas, podendo ocorrer com frequência ou não. Se apresenta como um problema relativamente comum à população mundial, segundo informações disponibilizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualmente em todo o planeta, cerca de 60 milhões de pessoas são afetadas por este tipo de transtorno.

No ano de 2017 a OMS apresenta dados nos quais indica que os transtornos mentais são responsáveis por

uma média anual de 800 mil mortes por suicídio, além disso, problemas decorrentes destas desordens são a principal causa de incapacitação laboral em todo o mundo.

O Transtorno Afetivo Bipolar integra parte destes dados, apesar de ser um problema relativamente conhecido pela ciência, e possuir tratamentos que amenizam seus sintomas. A intervenção tardia ou mesmo que não atenda à singularidade do paciente, pode implicar em prejuízos severos a saúde emocional. Sua incidência gera sofrimento, pode provocar a incapacidade laborativa do indivíduo e muitas vezes acarreta danos irreversíveis, pois numa tentativa de acabar com seu sofrimento o sujeito pode optar pelo suicídio (OMS, 2017).

Neste sentido, o trabalho dos psiquiatras Knapp e Isolan (2005), no qual os mesmos discorrem a respeito da importância do tratamento psiquiátrico aliado à psicoterapia, estão em perfeita consonância com as orientações da OMS (2017), pois dentre suas recomendações sustentam que o apoio psicossocial é essencial no tratamento. Assim sendo, o presente trabalho pretende apresentar a condução do tratamento psicoterápico de uma paciente, alegando já ter tentado, sem sucesso o suicídio, por não conseguir alívio para seu sofrimento. Pondera que pretende tentar novamente.

Isto posto, o presente relato configura-se como uma pesquisa qualitativa, na qual é apresentado um es-

tudo de caso, cujo objetivo é discorrer sobre o tratamento psicoterapêutico pautado na teoria fenomenológico existencial (Gestalt terapia), empregado a uma mulher de 50 anos de idade, desempregada, mãe de três filhos, diagnosticada psiquiatricamente com Transtorno Afetivo Bipolar, bem como apresentar alguns dos principais conceitos da abordagem que aportam o tratamento, exemplificando como podem ser percebidos e como estes servem de alicerce para a prática clínica. Por fim, apontar os resultados do emprego da Gestalt-terapia à este caso, podendo em um futuro próximo servir como fonte para tratamentos do TAB, minimizando com isso sofrimento e irreversíveis perdas.

1 GESTALT-TERAPIA

Segundo Ribeiro (2013), a Gestalt- terapia surge como uma dentre outras abordagens possíveis de serem adotadas no contexto clínico. Corroborando a isso, Rodrigues (2011) argumenta que Perls, alicerça seu trabalho principalmente em três linhas de pensamento: o humanismo, o existencialismo e a fenomenologia.

Emprega uma visão humanista ao propor que o homem seja considerado como centro de todas as coisas, ou seja, considerando que este é capaz de se auto gerir e regular, buscando satisfazer suas necessidade e ou aspirações. Tal como assegura Ribeiro (2012, p.44)

ao defender que: “Este homem transcende à teoria do homem. E só assim ele pode ser entendido como centro”. Neste sentido, posiciona o paciente acima da ciência, não se empenha em explica-lo cientificamente, mas em possibilitar que este possa antes e mais nada, ser ele mesmo (RIBEIRO, 2012).

Tal qual, Rodrigues (2011) pondera sobre o existencialismo, empregado à Gestalt-terapia alegando que o homem é o único responsável por si próprio, se forma a medida que faz suas escolhas. Ao mesmo tempo em que isenta o sujeito das vontades do universo, o responsabiliza única e exclusivamente por sua vivência, ou seja, atribui ao indivíduo a responsabilidade por sua vida, passando este a ser fruto de suas escolhas. Aponta o homem como resultado do que ele próprio faz, consigo, e com o mundo. Assim, ao mesmo tempo em que o responsabiliza por si, igualmente o incumbe da responsabilidade sobre a humanidade, por consequência, somos livres para decidir por nós, logo, nossas escolhas implicam na construção do mundo, de todos os homens (RODRIGUES, 2011).

O referido pensamento existencialista atribui ao homem toda a responsabilidade por sua vivência, ou seja, a pessoa vem ao mundo totalmente vazia e vai preenchendo seu Ser à medida que faz suas escolhas, e neste processo constrói e desenvolve sua essência. Ao compreender sua responsabilidade sobre si próprio, o sujeito

se percebe de outra forma, não mais se vendo como mero objeto da vontade divina, mas sim como protagonista na realização de suas pretensões (BORGES et al, 2009).

Tanto Ribeiro (2012), como antes dele, Rodrigues (2011), discorrem a respeito da fenomenologia empregada à gestalt-terapia, ponderando sobre o método fenomenológico, de forma a trabalhar exclusivamente as manifestações que surgem durante a psicoterapia. Partindo da premissa que o fenômeno deve ser estudado à partir do momento que se apresenta, sem pressupostos teóricos anteriores, portanto o acontecimento deve ser compreendido e trabalhado tal como se manifesta à consciência (RODRIGUES, 2011).

Posteriormente, Cataldo (2013, p.191) salienta que: "a fenomenologia pode ser entendida como a ciência que trata do aparecimento do fenômeno; sendo este tudo aquilo que aparece". Assim, a Gestalt terapia propõe a compreensão do aqui agora, por meio de como o fenômeno é apresentado no momento presente, muito mais de que o porquê dele ser apresentado, tendo em vista a tomada de consciência.

O conceito de aqui agora é usado na psicoterapia como uma estratégia, pretendendo que o cliente experiencie o momento presente, portanto, passado e futuro são considerados em relação ao momento atual. O passado é visto como o que levou determinado sujeito a sua efetiva condição, e o futuro é examinado à partir das

concepções pautadas no momento vigente, ou seja, uma extensão da atualidade (STEVENS, 1988).

A Gestalt propõe uma perspectiva unificadora do ser humano favorecendo o contato autêntico com os outros e consigo mesmo, possibilitando que a pessoa passe a ter o controle interior. A postura do terapeuta sob a perspectiva da Gestalt não deve ser de quem procura o outro, mas de quem deixa o outro aparecer (PERLS, 1977).

O psicoterapeuta deve se manter receptivo para qualquer manifestação consciente ou inconsciente. O contato com o paciente não ocorre apenas com palavras, o mesmo deve se atentar buscando compreender a linguagem corporal, a linguagem verbal e principalmente a linguagem emocional de seu paciente (GINGER e GINGER, 1995). Neste sentido, Polster e Polster (2001, p.114) afirmam que: "[...] ver ou ouvir não são garantias de um bom contato, é mais o modo como alguém vê ou ouve que determina um bom contato." Os autores empregam o 'como' para se referir à postura pretendida pelo terapeuta. Este deve sentir, experienciar o momento presente, mesmo que o cliente não o faça.

Por consequência, para a realização de um processo psicoterapêutico produtivo, no qual o consulente possa ser impelido a tomada de consciência, o contato é imprescindível. Perls, Hefferline e Goodman (1997, p.33) reiteram que: "O contato, como tal, é possível sem

awareness, mas para a *awareness* o contato é indispensável." Ou seja, pode haver o contato sem que o paciente tome consciência, porém, não é possível que este ocorra, sem que se estabeleça o contato, entre paciente a terapeuta.

Ginger e Ginger (1995, p. 254) se referem a *awareness* como:

> [...] tomada de consciência global no momento presente, atenção ao conjunto da percepção pessoal, corporal e emocional, interior e ambiental, consciência de si e consciência perceptiva.

Quando o paciente consegue concluir uma situação inacabada, e assim dando continuidade ao seu crescimento, sendo retratado como um processo normal e esperado do organismo, seu funcionamento faz parte do desenvolvimento humano. Quando ocorre uma interrupção neste processo surgem a estagnação e regressão, por consequência levando o sujeito ao adoecimento, assim sendo, um dos objetivos principais do processo psicoterapêutico é o reestabelecimento integral da *awareness* (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

Outro importante conceito empregado na Gestalt terapia é figura-fundo. À vista disso, Ribeiro (2012, p. 109) afirma que: "Figura-fundo é um dos conceitos mestres da Gestalt-terapia, bem como insubstituível na compreensão das leis da organização". Refere-se à sistema-

tização perceptiva intrínseca, na qual o fenômeno que emerge de um todo é sempre figura, enquanto o 'todo' é fundo.

Ribeiro (2012. p. 110) salienta que: "a figura não é uma parte isolada do fundo, ela existe no fundo. O fundo revela a figura, permite à figura surgir". Assim, concordando com Polster e Polster (2001, p. 46) quando os mesmos afirmam que: "uma figura, quer ela seja simplesmente perceptual ou possua uma ordem mais elevada de complexidade, emerge de um fundo". Sendo um processo de deslocamento contínuo, ou seja, uma mesma conjuntura pode ser figura depois passar a ser fundo ou vice-versa.

2 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E O DIAGNÓSTICO EM GESTALT-TERAPIA

Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, CID-10 (1993) o Transtorno Afetivo Bipolar, se caracteriza pela repetição de ocorrências, nas quais os níveis de humor e de capacidade ativa são significativamente alterados. Por vezes apresentando episódios de elevação de ânimo, aumento de energia e desempenho (mania ou hipomania), e em outras um severo abatimento, diminuição de humor e capacidade ativa (depressão).

As pessoas que porventura apresentem este tipo de transtorno comumente manifestam algumas comorbidades, como por exemplo, episódios maníacos, psicóticos, depressivos entre outros, o que pode acarretar um severo sofrimento ao sujeito. Segundo o CID-10 (1993, p. 114) "o primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à velhice." Esta grande variação de possibilidades e sintomas pode fazer com que muitas vezes este tipo de patologia seja confundido com características de personalidade da pessoa. Por conseguinte, além do sujeito enfrentar todas as adversidades causadas pelo transtorno, passa a ser incompreendido pelos indivíduos à sua volta.

Seu portador pode sofrer com os sintomas durante maior parte de sua vida, entretanto suas dificuldades tendem a se agravar durante e após a meia-idade, o prejudicando consideravelmente. Portanto, o tratamento adequado se faz necessário e fundamental, para que a pessoa acometida por este transtorno possa se relacionar de forma saudável consigo mesmo e com seus pares (KNAPP; ISOLAN, 2005).

Segundo a OMS (2017) os transtornos mentais, são responsáveis por cerca de 800 mil mortes por suicídio a cada ano, inclusive, a depressão decorrente destes transtornos mentais é a principal causadora de incapacitação laboral em todo o mundo. Por consequência, é considerado pela entidade como um grave problema de

saúde pública. Ciente destes dados, existe uma grande preocupação mundial em relação à prevenção e tratamento destes distúrbios. Tratando especificamente do Transtorno Afetivo Bipolar, a própria OMS recomenda algumas medidas, entre elas o acompanhamento psicossocial, tratamento medicamentoso e psicológico.

Em vista disso cabe destacar a indicação dos psiquiatras Knapp e Isolan (2005) quando reconhecem que a psicoterapia pode proporcionar uma significativa melhoria na qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com TAB, bem como seus familiares, propiciando uma evolução significativa em seus aspectos biopsicossociais. Em contrapartida, os dados indicam que tratamentos inapropriados podem levar a índices preocupantes de suicídio, por conseguinte se faz necessário um maior número de pesquisas voltadas à diminuição destes indicadores bem como propiciar condição emocional mais adequada ao público que apresenta o transtorno afetivo bipolar.

Considerando a recomendação dos profissionais supracitados, é oportuno pontificar alguns aspectos relacionados à prática clínica da psicoterapia, cuja finalidade principal é proporcionar ao cliente uma compreensão dos fatores inerentes à sua singularidade, indo ao encontro da melhora significativa no seu estado de sofrimento.

Neste sentido, em Gestalt terapia o sujeito é considerado em sua totalidade, em uma contínua sequência

de crescimento e desenvolvimento. Isto inclui suas dificuldades e sofrimentos, bem como suas possibilidades e potencialidades, assim, demanda um diagnóstico que contemple todos os seus aspectos (FRAZÃO, 2015).

A autora supra citada usa o termo 'pensamento diagnóstico processual', para se referir ao modo como o Gestalt terapeuta se reporta ao diagnóstico, afirmando que: "[...] pensar diagnosticamente em Gestalt-terapia implica um processo dinâmico e contínuo de formação e destruição de Gestalten" (FRAZÃO, 2015, p. 84).

O diagnóstico é cabível desde que apresente um norte em relação à conjuntura do paciente, e não como algo definido, que classifique o sujeito ou mesmo o estigmatize. Assim, Frazão (2015) corrobora com Pimentel (2003), pois esta defende que o diagnóstico pode ser praticado como um processo, beneficiando o cliente por meio do auto esclarecimento a respeito das problemáticas apresentadas, levando o mesmo a perceber que não existem verdades absolutas ou imutáveis, logo, uma vez que o sujeito aprende a responsabilizar-se, sem auto julgamento, ele pode desenvolver seu poder pessoal de mudança (PIMENTEL, 2003).

Tanto Pimentel (2003) como Frazão (2015), discordam do modelo médico de causa efeito. Nesta perspectiva, Frazão (2015, p.85) ressalta que: "Se os critérios diagnósticos nos oferecem a comunalidade, o que há de comum entre os homens, falta-lhes a singularidade (o

que há de diferente, próprio, singular de cada homem)". Ou seja, cada sujeito é único, mesmo que tenha elementos em comum a outras pessoas, sua singularidade deve ser sempre respeitada.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O vigente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de um estudo de caso, no qual sua metodologia quanto aos objetivos empregados é de cunho exploratório, com procedimentos técnicos de caráter participativo. O método utilizado foi o fenomenológico, tendo como método de procedimento o monográfico. A participante deste estudo foi designada por amostragem probabilística sistemática, sendo que a observação participante de cunho artificial, foi utilizada como ferramenta de coleta de dados. Por fim, a análise e coleta de dados se caracteriza como sendo de ênfase no conteúdo das mensagens coletadas (MARCONI; LAKATOS, 2003).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A paciente, fruto desta análise de estudo de caso é do sexo feminino, divorciada, faixa etária de 50 anos. Por questões éticas, aqui nomeada Ana. A mesma foi atendida no período de novembro de 2016 à outubro de

2017, no qual lhe foi proporcionado 20 sessões de psicoterapia.

Em seus primeiros relatos (entre a primeira e a segunda sessão) descreveu parte de sua condição emocional e familiar assim como apresentou seu diagnóstico fonte de consultas com os psiquiatras, afirmando que possui três filhos, quatro irmãos e sua mãe com problemas de saúde grave, porém, segundo a mesma não mantinha contato com nenhum deles naquele momento.

A isso relata estar afastada do trabalho por volta de cinco meses, em função de problemas emocionais que causaram seu desligamento laboral. Segundo laudo psiquiátrico a mesma tem diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, fazendo uso de medicamentos, tais como: rivotril, ritalina e fluoxetina. Neste sentido Ana busca tratamento psicoterápico para tratar-se de tal transtorno.

Ana afirma que apesar de seu conturbado histórico de vida, se considerava uma pessoa "batalhadora e guerreira, que não se abatia frente às dificuldades" (SIC – segundo informações colhidas). Porém, sua saúde emocional foi agravando com o passar dos anos, fazendo com que procurasse a primeira ajuda profissional com um médico psiquiatra a cerca de sete anos, onde foi diagnosticada com o transtorno supracitado. Relata que nesse período não conseguia trabalhar, devido a seus "problemas mentais" (sic). Apresentava algumas alucinações e se sentia profundamente triste, mesmo com

o tratamento medicamentoso a que foi submetida. Não constatava nenhuma melhora em seus sintomas, inclusive percebendo piora de sua saúde, culminando em uma tentativa de suicídio, três anos após a primeira intervenção psiquiátrica.

Posteriormente a estes acontecimentos, seus familiares procuraram outros profissionais, que mantiveram o diagnóstico, e propuseram alternadas medicações, porém, na visão da mesma, sem nenhum sucesso, acarretando em um novo atentado contra a própria vida. A paciente afirma que não desistiu do suicídio, porém pretende realiza-lo após o nascimento de seu neto (naquele momento sua filha estava grávida).

Nestes primeiros relatos, Ana quando confrontada com situações positivas de sua vida, se esquivava ou mesmo negava perceber qualquer situação favorável enfatizando como era perturbada mentalmente, se referindo a si mesma como “louca, pirada, uma pessoa que não é normal” (SIC). O discurso da paciente reflete seu sofrimento, rumina sua patologia, desenrola-se sobre situações desfavoráveis de sua vida. Parecia tão convicta de sua infelicidade que não conseguia perceber qualquer fator positivo em sua vida, parecendo não ser possível fazer contato com sua realidade.

Neste sentido, Perls (1977) justifica que ao manter seu sofrimento em primeiro plano, não há perspectiva de vislumbrar outras possibilidades, usando o conceito

figura fundo, explica que ao se apegar a figura sofrimento, ela não permite seu organismo dar continuidade a seu desenvolvimento natural. Portanto este movimento de sofrimento deliberado pode ser compreendido como uma tentativa de conseguir apoio, e assim se sentir seguro.

Nas sessões subsequentes, entre a terceira e quinta sessão, Ana mostrou-se mais familiarizada com o ambiente psicoterapêutico, relatando abertamente sobre sofrimentos passados, como por exemplo: alguns espancamentos sofridos por parte de seu pai e posteriormente seu marido, e principalmente o fato de ela própria ter realizado dois abortos induzidos. Acentua seu arrependimento quanto a este fato, inclusive afirmando que sua condição emocional agravou-se após este último episódio, pois constantemente recordava-se disso, até mesmo visualizando os bebês/crianças, afirmando sentir uma grande culpa por suas escolhas passadas.

Tendo em vista a carga emocional apontada pela paciente, foi-lhe proposto uma viagem de fantasia, baseado na obra de Oaklander (1980) onde a paciente é levada a um local de sua escolha e neste espaço encontra-se consigo mesma para dialogar buscando tratar de assuntos que ressente ou que ficaram desalinhados, com a finalidade de proporcionar um contato íntimo e profundo com seus sentimentos em relação à situações do passado, procurando trazê-las e elaborá-las no momento

presente, no aqui agora (GINGER; GINGER, 1995).

A culpa relatada por Ana foi um fenômeno recorrente elencado durante algumas sessões de psicoterapia. À vista disso, Perls (1977, p.73) sobreleva que: "nós vemos a culpa como um ressentimento projetado. Sempre que você sentir culpa, descubra do que você se ressente". Ana demonstrava grande ressentimento por ela própria, pelas atitudes que teve frente as descobertas da gravidez indesejada. A viajem de fantasia vivenciada proporcionou uma reelaboração destas mágoas em relação a si própria após o trabalho realizado frente ao que vivenciou na técnica propositada.

Após os cinco primeiros atendimentos, houve um período de recesso em que não houveram encontros psicoterapêuticos com Ana. Após o recesso, na sexta sessão, observou-se que a relação terapêutica continuava estabelecida. Inicialmente seu discurso gravitava em torno das queixas já apresentadas.

Relatou que seu período de férias "foi melhor que o esperado", mas a mesma afirma que: "sinto que nada mudou em minha vida" (sic). Descreveu seu agradável convívio familiar durante as festas natalinas (vale ressaltar que no início do tratamento a mesma não mantinha relações familiares), mencionou uma viagem que realizou, na qual se sentiu integralmente feliz, relembrou o nascimento de sua neta, e como ela auxiliou nos cuidados da mesma. Ao ser confrontada sobre a ambiguida-

de de suas afirmações, sustentando que seu sofrimento ainda era o mesmo, Ana por mais que não tenha tido tomada de consciência sobre o fato, concordou que sua condição emocional mostra-se favorável, comparado ao início do tratamento.

Nos relatos acima descritos, é possível perceber o que Perls (1977), se refere ao descrever como a função do contato em gestalt terapia. Propõe uma perspectiva unificadora do ser humano favorecendo o contato autêntico com os outros e consigo mesmo, possibilitando que a pessoa passe a ter o controle interior.

Relembrando Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 33), no qual afirmam que: "o contato, como tal, é possível sem *awareness*, mas para a *awareness* o contato é indispensável", o contato com o terapeuta possibilitou que Ana, reconhecesse sua melhor condição emocional, porém a mesma ainda não toma consciência disso.

No sétimo atendimento, Ana demonstrou apatia e desânimo, sua expressão corporal indicava tristeza a cansaço. Em seu relato o tema 'culpa' era apresentado de forma recorrente. Menciona que ao longo dos últimos anos, por diversas vezes pensou em redigir uma carta de despedida aos filhos, afirmando o quanto se sentia culpada por pensar em suicídio, e consequentemente como sua morte afetaria as pessoas que ama.

Relembrando Perls (1977, p. 73) "nós vemos a culpa como um ressentimento projetado". Identicamen-

te às sessões anteriores, foi possível perceber os ressentimentos da paciente frente à sua condição de mãe. No decorrer da sessão pôde ser observado o quanto a mesma mostrava mágoa por não ter sido uma boa mãe, e principalmente como seus filhos poderiam sofrer, caso perdessem a mãe por suicídio.

Justificando as informações anteriores, foi solicitado que a consulente imaginasse seus familiares presentes na sala, especificamente que visualizasse sua filha sentada na cadeira ao lado. Então Ana deveria lhe falar tudo o que imaginava escrever em sua carta de despedida, como indicado na técnica da cadeira vazia (PERLS, 1977). Pela primeira vez ao longo de seu processo psicoterápico, Ana chorou descomedidamente, em seguida relatou que nunca antes havia pensado no quanto seu suicídio afetaria as pessoas que mais ama.

Na sessão subsequente foi possível perceber uma significativa mudança em Ana. Ao adentrar ao atendimento, cumprimentou os presentes na sala de recepção, inclusive conversa e incentiva outra paciente, conhecida sua, que aguardava atendimento. A sua postura corporal refletia seu estado de espírito: olhar altivo, postura ereta, unhas e cabelos cuidados, usava batom, voz firme e segura. Afirmando se sentir feliz e confiante.

Relatou ter saído da última seção muito abalada, no entanto teve uma ótima semana, conviveu amigavelmente com os familiares, inclusive com o ex. marido.

Em vista disso cabe destacar Rodrigues (2011, p. 33) ao afirmar que:

> Após ter o insight que lhe permitiu um contato óbvio, mas, até o momento, inacessível à sua consciência, a pessoa normalmente precisa de um tempo para metabolizar aquela informação.

Apesar da seção anterior a ter abalado emocionalmente, a paciente demandou de um período de tempo, para assimilar e ressignificar conteúdos internos, acarretando em uma nova forma de perceber, e compreender a si mesma e o contexto no qual está inserida (RIDRIGUES, 2011).

No encontro subsequente, Ana relata como sua vida tem se modificado. Em uma reunião familiar, seus irmãos ressaltam sua evolução emocional, e o quanto ela aparentava estar bem psicologicamente, sugerem que ela seja incumbida da tarefa de cuidar da mãe idosa. Nesta época ela estava à procura de um emprego, portanto, aceita o trabalho. Ao ser questionada sobre as complexidades de cuidar de uma idosa enferma, Ana refletiu por alguns instantes e concluiu que também se percebe numa melhor condição de saúde, tem medo de tal responsabilidade, no entanto se percebe capaz.

Ao descrever as dificuldades que poderia encontrar neste novo trabalho e como poderia supera-las, Ana afirma que se sente confiante em relação à seus novos desafios. Corroborando com Rodrigues (2011, p. 95) no

qual o mesmo afirma que:

> a compreensão efetivamente só ocorre quando, neste processo descritivo, a pessoa alcança uma visão de todas as forças relevantes que estão em jogo, atuando sobre ela mesma.

Ao detalhar os diversos fatores ligados ao seu novo trabalho, a paciente pôde compreender o quanto se percebia preparada para isto.

Posteriormente, os relatos de Ana foram semelhantes, aos já mencionados. Apesar de apresentar algumas das dificuldades em seu convívio e cuidado integral com a mãe doente, ela afirma que atualmente se sente otimista em relação a seu futuro. Relembra alguns conflitos com os filhos e a irmã, afirmando que ao recordar o passado ainda sente muita mágoa, porém ao ser questionada sobre seus sentimentos atuais em relação aos conflitos descritos, a mesma se sente bem em relação a eles, "parece que hoje não me afeta tanto quanto afetava naquela época" (SIC).

O discurso da paciente indica que ouve *awareness*, ou seja, ela pôde tomar consciência sobre como algumas situações inacabadas a afetavam, e assim possibilitou o fechamento desta *gestalten*. Em relação as situações inacabadas, Frazão e Fukumitsu (2015, p. 91) afirmam que

> trata-se de Gestalten abertas, que demandam e buscam fechamento. Quanto mais grave, significativa e essencial for essa situação, mais processos de ajustamento criativo perderão sua natureza criativa e se tornarão Gestalten abertas, fixas ou cristalizadas.

As autoras supracitadas concordam com Perls (1977) e Rodrigues (2011), ao ponderar que o sujeito possui todas as condições para seu pleno desenvolvimento. A formação de *gestalten*, faz com que o paciente fique preso a ela, obstruindo sua evolução. Após o fechamento, ou resolução da gestalt aberta, o indivíduo pode voltar ao seu estado normal, pleno e saudável.

No décimo segundo atendimento, Ana menciona situações de seu novo trabalho que a deixam muito nervosa e irritada, como por exemplo o fato de não ter nenhum dia de folga, ou o comportamento dependente que sua mãe apresenta. Enquanto descrevia suas lembranças, sua postura corporal se mantinha constantemente agitada. Ao ser questionada quanto a sua percepção em relação ao agitamento físico, ela afirmou que até então não percebia o que foi apontado.

O decorrer da seção teve o objetivo de proporcionar à paciente uma melhor compreensão e percepção de seu corpo, e como este respondia à sua agitação, uma vez que Rodrigues (2011, p. 82) afirma: “a partir destes dados corporais que o organismo dá, o indivíduo pode ampliar sua compreensão sobre as forças que atuam no

seu campo vivencial". Em vista disso foi solicitado à paciente um exercício de respiração e percepção do corpo, baseado nas atividades propostas por Oaklander (1980). Ao proporcionar à paciente uma melhor compreensão de seu corpo como um todo, ela pôde ter mais clareza em relação à seus sentimentos e assim amenizar sua ansiedade (RODRIGUES, 2011).

Em seu décimo terceiro atendimento, Ana relembra algumas situações de seu passado. De forma emocionada narra detalhadamente o abuso que sofreu quanto tinha 13 anos. O apego aos detalhes, a forma emocionada e dramática como descreve os pormenores, demonstra o quanto estas lembranças ainda são presentes em sua vida. O modo como Ana descreve o acontecimento, corrobora com a literatura, indo ao encontro do que Polster e Polster (2001, p. 26) afirmam:

> A tensão tem seu próprio poder de direção e, lembrança ou não, se move para o presente ao expressar-se na eloquência verbal, no choro, no grito, no soco, na repressão ou em outras ações expressivas. O que anteriormente havia sufocado, engessado no passado, revive agora por meio das realidades motoras e sensoriais atualmente disponíveis.

Ao final da narrativa, ela afirma que nunca antes havia comentado sobre o abuso sofrido, com qualquer pessoa fora de seu círculo familiar. Ao recordar o episódio, Ana parecia reviver aquele momento, e assim dan-

do vasão a fenômenos a muito tempo reprimidos. Desta forma abre a possibilidade de reestabelecer seu desenvolvimento (POLSTER; POLSTER, 2001).

Nas sessões seguintes, as lembranças do abuso são retomadas, devido à grande carga emocional que a paciente apresentava. Neste sentido Perls (1977, p. 66) afirma que

> o passado é passado. E entretanto, no agora, no nosso ser, carregamos muito do nosso passado. Mas carregamos somente na medida em que trazemos situações inacabadas.

Apesar de seu discurso afirmar que a situação de abuso ficou no passado, Ana apresentava uma postura corporal que não condizia com sua fala, como por exemplo, desviando o olhar, retraindo o corpo, mãos e pés inquietos, entre outros comportamentos.

À vista disso, Ginger e Ginger (1995, p. 161) asseguram que

> Em Gestalt, o sintoma corporal é deliberadamente utilizado como porta de entrada que permite um contato direto com o cliente, respeitando a via que ele mesmo escolheu, embora com frequência, involuntariamente.

Ao ser pontuado sobre sua postura corporal, Ana afirma que ao falar sobre o abuso, revive os mesmos sentimentos que sentiu naquele período, indicando que

aquela ainda era uma situação inacabada, porém como a sessão chegava à seu final excedendo o tempo limite (cinquenta minutos) para os atendimentos optou-se por encerrar este encontro.

Na décima sexta sessão, Ana se apresenta ansiosa por relatar que por motivos de desavenças familiares, seu irmão mais velho retirou sua mãe de seus cuidados, levando-a para morar junto dele. Ela afirma que este fato pode lhe trazer benefícios, pois se sentia demasiadamente exausta (SIC) com a tarefa de cuidar da mãe em período integral. Apesar de sua frustração por estar novamente desempregada, ela assegura se sentir confiante, pois terá liberdade de procurar coisas novas.

Após novo período de recesso, de aproximadamente 45 dias foi retomado os atendimentos, mais precisamente na décima sétima sessão. Ana se apresenta com fisionomia cabisbaixa, alega cansaço e afirma que machucou seu joelho esquerdo, este lhe causa muitas dores comprometendo sua mobilidade.

Ao ser questionada sobre sua busca por emprego, ou mesmo como percebia seu convívio familiar, Ana afirma que se vê forçada a ficar em casa por conta de suas dores no joelho, assim acaba se afastando se seu convívio social, uma vez que não costuma receber muitas visitas.

À vista disso, Perls (1977) usa o exemplo de uma perna quebrada para afirmar que:

> A dor é inimiga do desenvolvimento, a relutância em sofrer um mínimo que seja. Vocês veem, a dor é um sinal da natureza. A perna dolorida, o sentimento doloroso grita: Preste atenção em mim. Se você não prestar atenção as coisas vão piorar. A perna quebrada grita: fique parado. Nós utilizamos isso na Gestalt-terapia ao compreendermos que o continuum de tomada de consciência se interrompe, que você se torna fóbico logo que começa a se sentir desconfortável. Logo que isso ocorre você desvia sua atenção (PERLS, 1977, p.79).

Identicamente ao exemplo de Perls (1977, p. 79), a consulente usa as dores na perna para justificar seu sofrimento, mesmo sendo questionada sobre a possibilidade do uso do telefone, afirma que: “Essa dor me tira a vontade de fazer qualquer coisa” (SIC). Assim responsabiliza seu joelho por seu sofrimento, não ela própria.

Na sessão seguinte, se apresenta à sessão sob efeito visível de alguma substância entorpecente (medicamentos), apresentando voz embargada, expressão corporal sonolenta, difícil compreensão de fala, entre outros indicativos. Ao ser questionada sobre esses fatos, confirma que excedeu sua medicação, e que nos últimos dias faz isso frequentemente, com o intuído de dormir, esquecer seus problemas. Sua condição a impossibilitava de realizar um trabalho psicoterápico satisfatório, então foi-lhe solicitado a presença de algum familiar, com o intuito de supervisionar o uso da medicação.

Na décima nona sessão, com o consentimento de Ana, sua filha a acompanha. O terapeuta explica a am-

bas seu entendimento à respeito da dificuldade de Ana em seguir o tratamento. Em seguida interpela as mesmas sobre suas percepções aos apontamentos realizados. A filha concorda com que foi exposto e se compromete a monitorar a medicamentação de Ana. Menciona que percebeu uma melhora na condição emocional da mãe após o início da psicoterapia, porém relata que no período sem os atendimentos Ana tem-se comportado de forma agressiva e intolerante com os familiares, fatos que são confirmados por Ana.

Após breve diálogo acerca do tratamento de Ana, sua filha se retira da sala, dando continuidade à psicoterapia individual. Por diversas vezes Ana menciona a importância da família, relata alguns exemplos de situações familiares, afirmando que se sente menosprezada pelos filhos, contradizendo o que antes afirmava na presença da filha, atribuindo aos familiares a responsabilidade por suas atitudes agressivas.

Neste sentido, a resistência de Ana em se auto responsabilizar, pôde ser identificado, na qual Rodrigues (2011) aponta como um dos principais obstáculos no processo psicoterapêutico. Polster e Polster (2001, p. 67) afirmam que: "[...] a força resistente é vista como um sabotador entre as diversas que existem dentro do indivíduo". Ao manter sua postura, relutante em responsabilizar-se por suas dificuldades, Ana não se permite elaborar suas questões inacabadas, não permite o fecha-

mento de suas *gestalten*, mantendo assim sua amargura em primeiro plano.

Em sua vigésima (e última) sessão, é solicitado a Ana que monte uma cena familiar, usando bonecos de brinquedo. A mesma escolhe alguns bonecos que representavam ela própria, seus filhos e netos, em seguida monta a situação. Coloca seus filhos e netos voltados para ela, enquanto a própria está direcionada para o lado oposto. Ao ser pontuada sobre essas particularidades, Ana afirma que não compreende as percepções do terapeuta.

Após uma explicação detalhadas sobre o posicionamento dos elementos, lhe é perguntado se gostaria de reorganizar a cena, ela concorda e em seguida escolhe outro boneco para incluir no cenário. Deixa todos personagens na mesma posição, muda apenas o que a representa, colocando-o ao lado de outro que representaria seu futuro marido e conclui: “o que falta para eu melhorar é encontrar um parceiro como nesta cena” (SIC). O fato de ela manter as peças voltadas para ela, enquanto a mesma parece não olhar para eles, é novamente pontuado, Ana se esquiva e afirma que se sua vida estivesse organizada como naquela cena, ela seria completamente feliz.

Ana não compareceu as três últimas sessões agendadas, assim interrompendo seu processo psicoterapêutico. A resistência demonstrada nos últimos aten-

dimentos, somados ao fato de sua hesitação frente a interpretação da cena montada por ela mesma, podem ser explicados pela literatura, na qual Perls (1977, p.78) assegura: "[...] assim que esta tomada de consciência se torna desagradável, ela é interrompida pela maioria das pessoas". Atribuir a si própria, toda a responsabilidade por sua vida, por suas alegrias e sofrimento pode ser um processo muito difícil para a maioria das pessoas. Negar-se a tomar consciência é uma alternativa paliativa, porém mais fácil (PERLS, 1977).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conceitos desenvolvidos na teoria e encontrados na bibliografia pesquisada se mostraram factuais para o desenvolvimento do trabalho psicoterapêutico, pois a prática terapêutica realizada corroborou com os autores, podendo alicerçar todo o processo da paciente em questão. As sessões transcorreram de forma fenomenológica, isto é, obedecendo ao processo e fluxo de awareness, sempre mantendo o cuidado de forma a propositar uma tomada de consciência plena, assim como de percepção de sua realidade existencial, levando em conta o diagnóstico e demanda em questão.

Apesar de as primeiras sessões, nas quais o psicoterapeuta apresentou uma postura mais acolhedora que incisiva, terem demonstrado resultados positivos,

somente na sétima sessão, com o emprego da técnica da cadeira vazia, foi possível perceber que de fato ouve awareness, pois o resgate e elaboração das emoções a muito tempo despercebidas, provocou na paciente mudanças significativas, tanto em sua linguagem verbal quanto corporal.

Posteriormente, quando mais uma vez o psicoterapeuta adota uma postura menos intensa (acolhendo a demanda sem interferir), a paciente demonstra novamente estagnação em seu processo de tomada de consciência. Reforçando o que Perls (1977) sustenta, de que a prática do psicoterapeuta possibilita a este seguir sua intuição, atuando incisivamente nas questões mais enrijecidas do cliente, porém de vital importância em seu processo de autorregulação.

Pôde ser verificado que Ana iniciou seu tratamento com 'ideia fixa' sobre a data de sua morte, se sentido incapaz de trabalhar ou mesmo manter convívio social. Durante o processo de psicoterapia conseguiu superar a ideia de suicídio, podendo por certo período trabalhar, atendendo em período integral uma pessoa idosa, voltou a conviver com seus familiares e amigos, indicando assim que a Gestalt-terapia aplicada a este caso teve resultados positivos. Todavia vale ressaltar a importância da adesão do paciente ao tratamento psicoterápico, pois apesar dos resultados alcançados, ela escolhe, interrompe o tratamento, demonstrando com esta atitude que é

capaz de fazer escolhas e de tomar decisões.

O trabalho realizado junto a esta cliente proporcionou a percepção de que a experiência é fundamental, pois mesmo seguindo a teoria, muitas vezes as percepções subjetivas do psicoterapeuta são fundamentais no processo. Independentemente dos resultados serem positivos ou negativos, dependendo do momento do processo psicoterápico observou-se em um aprofundamento quanto as questões mais enrijecidas de Ana, contudo, mesmo as imprecisões contribuíram para o aperfeiçoamento profissional, uma vez que as mesmas auxiliam o desenvolvimento de habilidades técnicas imprescindíveis para a atuação clínica.

Neste sentido é possível perceber que os objetivos propostos quanto a verificar a prática da Gestalt-Terapia no que tange ao tratamento de um cliente com Transtorno Afetivo Bipolar tem eficácia, pois pôde-se perecеber que mesmo com dificuldades e resistências a mesma mostrou desenvolvimento. Por diversas vezes foi capaz de fazer escolhas e não mencionou mais o desejo e ou planejamento de suicídio.

REFERÊNCIAS

BORGES, A. T.; CAPELLI, D.C.; AZEVEDO, M.K.; VIEIRA, J.A. **O conceito de liberdade no existencialismo Sartreano.** Akrópolis, Umuarama, v. 17, n.1 p.13-20, jan./ mar. 2009.

CATALDO, U. H. de P. **Gestalt-terapia: fenomenologia na prática clínica.** Revista Igt na Rede, Rio de Janeiro, v. 10, n. 18, p.187-222, 2013.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clinicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

FRAZÃO, L.M; Compreensão clinica em Gestalt-terapia: pensamento diagnóstico processual e ajustamentos criativos funcionais. In: FRAZÃO, L.M.; FUKUMITSU, K. O. **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas.** São Paulo: Summus Editorial. 2015.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt uma terapia do contato.** 5. ed. São Paulo: Summus, 1995.

OAKLANDER, V.O. **Descobrindo Crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes.** V.12, São Paulo: Summus, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Suicídio**. 2017. Disponível em:< http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/> Acesso em: 16/10/2017.

KNAPP, P; ISOLAN, L. **Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar.** Revista de Psiquiatria Clinica, São Paulo. V.32, n.1 p.98-104, 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5° ed. São Paulo: Editora Atlas. 2003.

POLSTER, E; POLSTER, M. **Gestalt –Terapia Integrada.** São Paulo: Summus, 2001.

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

PERLS, F. S. **Gestalt-Terapia Explicada.** 11 ed. São Paulo: Summus Editorial. 1977.

PIMENTEL, A.; P**sicodiagnóstico em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2003.

RODRIGUES, H. E. **Introdução À Gestalt-Terapia:** conversando sobre fundamentos da abordagem gestáltca. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-Terapia:** refazendo um caminho. 8. ed. São Paulo: Summus Editorial, 2012.

_____, J. P. **Psicoterapia:** teorias e técnicas. 2 ed. São Paulo: Summus Editorial. 2013.

STEVENS, J. O. **Tornar-se Presente:** experimentos de crescimento em Gestalt-terapia. 14 ed. São Paulo: Summus Editorial. 1988.

ENTRE A CRUZ E A ESPADA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS ENVOLVIDOS NA RELUTÂNCIA DA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL NA VIOLÊNCIA CONJUGAL

14

Bruna Adames
Simoni Urnau Bonfíglio

A violência contra as mulheres é um dos fenômenos de grande impacto no âmbito da saúde pública em geral e da psicoterapia familiar (FALCKE, 2009). Isto, porque, além dos danos físicos e/ou psicológicos que ocasiona em ambas as partes envolvidas, faz-se necessário recorrer a subsídios psicológicos e de ações articuladas para a promoção e prevenção da saúde.

Pensar sobre a mulher em situação de violência, é o mesmo que estar mencionando um processo interacional, o qual não pode ser compreendido como uma produção individual, senão como uma trama de relações que envolvem todas as partes envolvidas. Nesse sentido, a fronteira entre a figura de agressor e de agredido,

vítima ou cúmplice, é de complexa demarcação quando se concebem as situações de violências contempladas em um processo de construção relacional (SANTOS; MORÉ, 2011).

Antes da década de 1980, a violência conjugal era considerada um problema privado entre os cônjuges, sendo caracterizada por agressões físicas e/ou psicológicas que aconteciam prioritariamente em suas residências. Contudo, atualmente a violência conjugal passou a ser vista como uma questão de saúde pública, embasada em construções histórico-culturais envolvendo a relação de gênero (OLIVEIRA; SOUZA, 2006).

De acordo com Labronici et al. (2010), ao menos uma vez na vida, uma em cada quatro mulheres já foi violentada, geralmente por seu parceiro. Cerca de uma em cada três mulheres foi espancada ou sofreu algum tipo de abuso durante a sua vida; e, ainda, 40% a 70% dos homicídios femininos são cometidos pelo parceiro (cônjuge). Os números alarmantes de mulheres envolvidas em situação de violência reforçam a necessidade de compreensão do fenômeno para além do ambiente no qual ocorreu.

De acordo com o autor supracitado, a violência física e/ou psicológica contra as mulheres é praticada pelo próprio companheiro ou ademais, por algum membro familiar (pai ou irmão). A violência realizada pelo cônjuge por sua vez, é a que prevalece (BALDUÍNO;

ZANDONADI; OLIVEIRA, 2017). O que se observa, é que ocorre um poder dos homens sobre as mulheres, o qual se encontra na base da violência que é exercida contra as mesmas, como um meio de dominá-las e mantê-las sob controle, especialmente se esta for sua parceira conjugal e/ou pessoa de frequente convívio (DAY et al., 2003).

Segundo Mayorca, Martins-Borges e Barcellos (2014) a violência conjugal pode ser compreendida como uma dinâmica cíclica na qual ocorrem continuados movimentos que prendem os indivíduos na relação. O ciclo da violência conjugal pode ser compreendido por meio de três fases: a) tensão entre o casal: caracteriza-se pelas tensões acumuladas no dia-a-dia, as injúrias e as ameaças tecidas pelo agressor, em que criam na vítima, uma sensação de perigo eminente; b) explosão: violência propriamente dita, seja essa física e/ou psicológica; c) lua-de-mel: descrita pelas juras de amor, as promessas de alteração de comportamento e pedidos de desculpas advindo do agressor.

Ao passar do tempo, por meio do aumento de frequência e da intensidade dos episódios, ocorre um aumento do nível de ansiedade, o que levará os envolvidos a buscar auxílio.

Pensar sobre as causas decorrentes da violência conjugal, não é tão simples, por integrar uma realidade complexa. Embora a literatura científica aponte um

conjunto de explicações para a violência contra a mulher, este estudo não detalhará tais razões, uma vez que o objetivo da pesquisa não visa à investigação sobre as origens dos atos violentos perpetrados, mas todavia, analisar os aspectos psicológicos presentes na relutância da representação criminal de mulheres em situação de violência conjugal, assim como, identificar o perfil prevalente das participantes encaminhadas aos serviços psicológicos após o registro do boletim de ocorrência em uma Delegacia Especializada no Vale do Itajaí/SC.

Logo, a escolha pela metáfora explícita no título deste estudo "Entre a Cruz e a Espada", refere-se ao dilema presente na dinâmica relacional que se configura a violência conjugal, em que as mulheres se sentem em um impasse entre "algo bom e algo ruim", ou "algo seguro e algo perigoso", o que resulta na dúvida pela escolha de representar ou não criminalmente o parceiro atual ou ex-parceiro.

1 MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Falcke (2009) afirma que, a violência contra às mulheres é um dos fenômenos de maior relevância no âmbito da psicoterapia familiar e da saúde pública em geral. Isto porque, além dos danos físicos e psicológicos que ocasiona, em ambas as partes envolvidas na agressão (participantes internos ou externos), necessitam ain-

da, de subsídios psicológicos e de ações articuladas para a promoção e prevenção de saúde.

De acordo com Labronici et al. (2010), no contexto atual não existem dados que revelam com precisão os índices de mulheres que sofrem algum tipo de violência, seja ela física e/ou psicológica. No estado de São Paulo, por exemplo, tem aumentado o número de denúncias mesmo que o número de delegacias não tenha ampliado. Por um lado, esse aumento sugere que as delegacias se tornaram um lugar de referência para as mulheres em situação de violência, por outro lado, evidencia a capacidade demonstrada nos tempos atuais, na qual refere-se à mulheres reagindo a violência vivenciada (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Dentre os motivos implícitos pela não realização da denúncia ou queixa da situação de violência, Falcke (2009) afirma que a estes dados presentes na literatura não abrangem a totalidade dos casos, pois muitos episódios de violência não são identificados ou denunciados, por motivos multifatoriais (questões socioeconômicas, sentimentos de medo ou culpa, ameaça, dependência com relação ao agressor, entre outros).

De acordo com Santos e Izumino (2005) a referida temática tem mostrado que a mulher não pode ser definida simplificadamente como mera vítima, no sentido de que, ao denunciar a violência conjugal, ela tanto resiste a perpetuação dos papéis sociais quanto em dar

continuidade ao processo no qual objetiva que o autor seja penalizado. O autor supracitado ressalta que ao procurar analisar o fenômeno da violência conjugal, é necessário compreender que diversas vezes esta possa ser uma forma de comunicação na qual o casal confere significados às suas práticas. Os motivos mais alegados para continuar em um relacionamento abusivo são: medo de represália, perda do suporte financeiro, preocupação com os filhos, dependência emocional e financeira, perda de suporte da família e dos amigos, esperança de que o autor da violência altere seu comportamento (GARCIA, 2010).

De acordo com Labronici et al. (2010), os fatores que se fazem presentes na contribuição para a manutenção da relação conflitiva são: a) repetição do modelo familiar/parenta violento; (b) vivências infantis de maus-tratos, negligência, rejeição, abandono e abuso sexual; (c) casamento como forma de fugir da situação familiar de origem; (d) sentimento de responsabilidade pelo comportamento agressivo do companheiro; (e) ausência de uma rede de apoio eficaz no que se refere à moradia, escola, creche, saúde, atendimento policial e da justiça. Os autores supracitados ressaltam que um dos principais motivos alegados pelas vítimas para justificar a continuidade no relacionamento, é o desejo de manter a união familiar na companhia dos filhos, ou em função destes.

Conforme Falcke (2009) na prática, algumas mu-

lheres apresentam características de vínculo codependente, mantendo uma relação em virtude de uma sensação de segurança, dedicando-se ao outro no sentido de obter autoconfiança. Ressalta ainda, que esse tipo vinculativo pode ser fruto de relações instáveis desde a infância. Algumas mulheres trazem à tona suas experiências da infância durante o acompanhamento terapêutico, que buscaram em virtude de violência conjugal (PONTE 2013).

A denúncia da situação abusiva à polícia, que geralmente ocorre logo após o episódio agudo, tem a finalidade específica de interromper momentaneamente o ciclo de violência, introduzindo uma autoridade externa que contribui para modificar a correlação de forças no contexto familiar. As mulheres que não desejam representar criminalmente contra o agressor não reconhecem sua atitude como um ato contraditório à denúncia, ao contrário, atribuem-lhe um sentido positivo que indica certo êxito na negociação com o acusado, seja em relação ao objetivo de reordenação do contexto familiar ou de viabilização da separação conjugal (FALCKE, 2009).

Tendo em vista as consequências da violência, estas por sua vez, atingem a saúde física e emocional das mulheres, o bem estar de seus filhos e até a conjuntura econômica e social, seja a curto ou a longo prazo. Na maioria das vezes, as sequelas psicológicas do abuso (depressão, fobias, estresse pós-traumático, consumo de

drogas, dentre outros) são ainda mais graves que seus efeitos físicos. Quanto ao sentido que a vítima dá a situação imposta pela violência, é unicamente subjetivo, ou seja, tem sua significação própria, visto que, cada ser humano significa a violência de modo diferente.

O ato de falar da violência com um psicoterapeuta, promove na vítima ou a quem relata uma percepção de ser ouvida e compreendida lhe causando uma sensação de alívio. Outro fator importante a ser mencionado é que estas vítimas podem relatar suas vivências sem serem julgadas, circunstância na qual ocorre com frequência com alguns familiares ou vizinhos, e que ocasiona uma série de sentimentos, entre eles a vergonha (PONTE, 2003). Diante dos fenômenos vistos até o momento, o enfrentamento da violência contra as mulheres demanda, portanto, intervenções em diversos níveis da realidade social, desde o cultural, o institucional e o familiar até o individual.

2 O OLHAR DA PERSPECTIVA GESTALT-TERAPIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

A Gestalt-Terapia chegou até nós, brasileiros, há cerca de quarenta anos. Na Gestalt-terapia o ser humano é visto como um todo, prezando pelas situações presentes, focalizando o modo de ser do indivíduo, de momen-

to em momento, em todos os seus detalhes e complexidades (GINGER; GINGER, 1995). A Gestalt-terapia é uma das forças rebeldes, humanistas e existenciais dentro da Psicologia, é autossustentada e realmente experiencial. O objetivo como terapeuta gestalt é ampliar o potencial humano por meio do processo de integração, no qual apoia-se os interesses, desejos e necessidades genuínas do indivíduo (MOREIRA, 2009).

Se tratando dessa perspectiva, cada indivíduo é responsável por suas escolhas, assim como suas hesitações. É importante compreender que cada ser humano trabalha no ritmo, a partir daquilo que emerge para si no momento, quer se trate de uma percepção, emoção ou preocupação atual, da revivescência de uma situação passada mal resolvida ou inacabada, ou ainda de perspectivas incertas do futuro (RIBEIRO, 2016).

As características que o profissional psicólogo gestáltico deve exibir durante sua atuação são: a) pautação: reconhecer no discurso e por meio do corpo as características apresentada pelo indivíduo; b) controle: controle sob as sessões de atendimentos, ainda que o paciente seja o responsável pelo processo; c) potência: o terapeuta deve auxiliar seu paciente a acreditar e evidenciar seus serviços; d) humanidade: interesse e cuidado por seu paciente em um plano pessoal e afetivo; e) compromisso: o terapeuta assume o compromisso para com sua profissão desde o momento que decida dedicar-se a

ela (MARTÍN, 2013).

A Gestalt enquanto pensada na atualidade, pode ser praticada em diferentes contextos. É destinada tanto para a psicoterapia individual, quanto para terapia de casais (com a presença simultânea dos dois parceiros), em terapia familiar, grupos contínuos de terapias, dentre outros, incluindo, portanto, o acolhimento psicológico as mulheres vítimas de violência conjugal. Isto porque, a Gestalt diz respeito às pessoas que sofrem de distúrbios físicos, psicossomáticos ou psíquicos, classificados de 'patológicos', bem como, problemas existenciais (conflito, rompimento, solidão, luto, depressão, desemprego, sentimento de inutilidade ou impotência, dentre outros) (GINGER; GINGER, 1995).

A violência conjugal sob a perspectiva da Gestalt-terapia explicita que as mulheres podem ser construtoras de sua própria história, visto que toda história é mutável e que esta tem autonomia (liberdade) para tal. As reações explicitadas pelas mulheres vítimas de violência apresentam uma certa diversidade, algumas resistem, outras fogem e outras tentam manter a paz, submetendo-se às exigências de seus cônjuges (SANTOS; IZUMINO, 2005).

3 LEI 11.340/2006 – 'LEI MARIA DA PENHA'

Dentre as políticas públicas brasileiras criadas pelo Estado para o enfrentamento da violência doméstica praticada contra as mulheres, possivelmente a mais significativa tenha sido a Lei 11.340, no ano de 2006. Esta por sua vez, estabeleceu mecanismos para reprimir a violência doméstica e familiar, no que diz respeito aos crimes cometidos contra as mulheres (NUNES, 2015), o que inclui a violência conjugal.

Segundo Nunes (2015) no Brasil, a criação da lei 11.340 'Maria da Penha' provocou mudanças significativas no fenômeno violência conjugal. Isto ocorreu devido ao fato de que a lei conceitua as diversas formas de violências contra mulheres e faz com que o agressor receba uma punição pelo crime no qual cometeu.

O Artigo 5º da lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (GOBBI, 2007). A esse propósito, a criação da Lei Maria da Penha tornou-se um dos marcos mais relevantes dos movimentos de enfrentamento à violência contra a mulher ao estabelecer medidas para a proteção e assistência da mulher, bem como "punição e possibilidade de reeducação dos agressores" (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2010, p.16). De acordo com as

especificações da lei, a violência contra a mulher deve ser combatida por meio da prevenção, assistência, bem como a repressão (SOUZA; CORTEZ, 2014).

4 REPRESENTAÇÃO CRIMINAL

Entre os casos que resultam em absolvição, a principal característica observada é a mudança do relato apresentado pela mulher no decorrer do processo. Enquanto na fase policial o relato é dramático e indicador do desejo de punição do agressor, na fase de representar criminalmente a mulher demonstra que já não há mais o desejo de que o agressor seja punido. Na análise de Santos e Izumino (2005, p. 10) "as mulheres desenvolvem diferentes estratégias perante a Justiça, utilizando-a, nesses casos, como instância mediadora para a renegociação do pacto conjugal".

Segundo Falcke (2009), as maioria das mulheres vítimas de violência afirmam que a denúncia não visa a prisão do acusado, mas sim 'dar um susto'. A ida às Delegacias Especializadas, envolve a esperança da possível melhora por parte do cônjuge, cujo objetivo é o de propiciar uma ocasião para amedrontar o parceiro.
Além de não desejar punição oficial, muitas mulheres explicitam o desejo de retirar a queixa contra o atual ou ex-parceiro, o que pode ser uma evidencia da dinâmica do relacionamento conjugal (FACKE, 2009).

Ao assinar o termo de representação criminal subsequentemente resulta na abertura de um inquérito policial. O inquérito policial é caracterizado por um conjunto de diligências, o qual visa à obtenção de elementos que apontem a autoria e comprovem a materialidade dos crimes investigados (oitiva das partes envolvidas, realização de exames periciais, etc.). O inquérito policial se encerra com a peça denominada relatório, que é produzida pelo delegado ou delegada de polícia, a autoridade de Polícia Judiciária, posição que atribui a esse sujeito a condição de apresentar descritivamente os fatos apurados numa investigação criminal (NUNES, 2015).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa seguiu os pressupostos da abordagem qualitativa, pois buscou apreender os significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes dos sujeitos dentro do seu contexto (MINAYO; SOUZA, 1998). Portanto, caracterizou-se como exploratória-descritiva, por investigar um campo de conhecimento pouco explorado em estudos nacionais e visou descrever e caracterizar aspectos relatados durante os acolhimentos psicológicos das mulheres que denunciaram a violência da qual vivenciaram. Em relação à temporalidade, trata-se de um estudo transversal, por pesquisar o fenômeno num momento específico da vida das participantes (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2003).

Quanto às participantes da pesquisa, sessenta mulheres realizaram um boletim de ocorrência em uma Delegacia Especializada do Vale do Itajaí – SC e foram encaminhadas ao acolhimento psicológico. Destas, apenas trinta retornaram à delegacia para participar da pesquisa. De acordo com os critérios de saturação dos dados indicado por (GUEST; BUNCE; JOHNSON, 2006), o número de participantes estipulado correspondeu à quatorze mulheres. Como critérios de inclusão preconizou-se mulheres maiores de 18 anos, cuja demanda de registro referiam-se à violência perpetrada pelo atual parceiro ou ex-cônjuge.

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, que conforme Biasoli-Alves (1998) permite o livre discurso dentro de temas sugeridos entre o entrevistado e o entrevistador, cuja dinâmica se estabelece naturalmente. Para tanto, foi elaborado um roteiro com eixos norteadores que contemplaram os quesitos de identificação da participante (idade, nível de escolaridade, profissão, remuneração, estado civil), perfil da vítima e da configuração de violência.

Para sistematização e interpretação dos dados obtidos, utilizou-se a técnica categorial temática proposta por Bardin (2010), a qual é organizada em três etapas: a primeira denominada de pré-análise, em que o pesquisador faz leituras sucessivas do material; a segunda refere-se à exploração do material no sentido de codi-

ficar e criar categorias a partir dos dados; e, por fim, realiza-se o tratamento dos resultados e interpretação, em que o pesquisador pode interpretar e inferir sobre os dados, considerando os conteúdos manifestos e latentes dos participantes. Por conseguinte, foram elaboradas duas grandes categorias de análise: 1. Dados de identificação; 2. Perfil da vítima e da configuração de violência.

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dados de identificação

Quadro 1 – Dados de identificação das participantes do estudo

Identificação das participantes	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Renda	Naturalidade (Estado)
Participante 1 (P1)	19 anos	Solteira	Ensino Médio	Modelista	R$ 2800,00	Rio Grande do Sul
Participante 2 (P2)	23 anos	Solteira	Ensino Fundamental Incompleto	Recepcionista	R$ 1200,00	Bahia
Participante 3 (P3)	26 anos	Casada	Ensino Médio Incompleto	Vendedora	R$1600,00	Santa Catarina
Participante 4 (P4)	28 anos	Solteira	Ensino Médio Incompleto	Do Lar	Não Declarada	Santa Catarina
Participante 5 (P5)	32 anos	União Estável	Ensino Fundamental Incompleto	Auxiliar de Limpeza	R$2000,00	Santa Catarina
Participante 6 (P6)	34 anos	Solteira	Ensino Médio	Recepcionista	R$1500,00	Paraná
Participante 7 (P7)	35 anos	Casada	Ensino Fundamental Incompleto	Costureira	R$ 1500,00	Bahia
Participante 8 (P8)	43 anos	Divorciada	Ensino Médio Incompleto	Auxiliar de Limpeza	R$2000,00	Paraná
Participante 9 (P9)	51 anos	Casada	Ensino Fundamental Incompleto	Vendedora	R$ 1200,00	Rio Grande do Sul
Participante 10 (P10)	54 anos	Casada	Ensino Fundamental Incompleto	Costureira	R$ 1400,00	Santa Catarina
Participante 11 (P11)	56 anos	Solteira	Ensino Fundamental	Aposentada	R$1000,00	Santa Catarina
Participante 12 (P12)	58 anos	Casada	Ensino Fundamental	Auxiliar de Limpeza	R$ 1200,00	Santa Catarina
Participante 13 (P13)	58 anos	Casada	Ensino Médio	Aposentada	R$ 1500,00	Santa Catarina
Participante 14 (P14)	64 anos	Casada	Ensino Médio	Aposentada	R$937,00	Rio Grande do Sul

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Os dados apresentados no Quadro I apontam que a média de idade das quatorze mulheres que registraram o Boletim de Ocorrência e retornaram à Delegacia para participar do acolhimento psicológico e também da pesquisa, é de aproximadamente 41 anos, variando entre 19 a 64 anos. De acordo com Garcia (2010) as mulheres mais jovens são mais propensas a abandonar estes relacionamentos mais cedo e assim, não permanecem por tantos anos em uma união abusiva.

Evidencia-se que muitas destas mulheres já não aceitam mais a violência e em decorrência disto rompem seus laços afetivos conjugais. Contudo, sete a cada quatorze mulheres sofrem violência conjugal há mais de dois anos e ainda assim, não conseguem se desvincular do relacionamento. Tais dados corroboram com os estudos de Balduino, Zandonai e Oliveira (2017), os quais citam a dependência emocional e financeira, valorização da família, preocupação com os filhos, idealização do amor e do casamento, desamparo diante da necessidade de enfrentar a vida sozinha e ausência de apoio social, como alguns fatores que propiciam a permanência de mulheres em relações conjugais, cuja violência física e/o psicológica se faz presente.

Observa-se portanto, que dez de quatorze mulheres não possuem o ensino médio completo. A isso, a atual pesquisa corresponde aos estudos realizados por Menezes et al. (2003), no qual afirmam que geralmente

as mulheres com ensino fundamental incompleto apresentam a maior ocorrência em todos os tipos de violência. Conforme os mesmos, os indivíduos com baixa escolaridade podem exibir dificuldades na resolução de conflitos cotidianos no que concerne às suas relações conjugais. Nesse sentido, pode-se considerar que a escolaridade constitua-se uma variável que incite maiores esclarecimentos e atue enquanto um fator de proteção, eximindo a pessoa de uma condição mais vulnerável.

6.1 PERFIL DA VÍTIMA E DA CONFIGURAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Nessa categoria foi possível constatar quais os tipos de violência conjugal realizada por seu atual ou ex-parceiro. Treze das participantes citam ter vivido ou estar vivenciando a violência psicológica, onze a violência física, doze a violência moral e cinco a violência sexual. Ressalta-se que algumas das participantes citaram mais de um tipo de violência. Ao referirem-se sobre quem é o agressor, cinco das entrevistadas relatam ser seu ex-cônjuge e nove o cônjuge atual. Assim como ressalta Garcia (2010) lastimavelmente a violência é, geralmente, perpetrada pelo parceiro ou ex-parceiro íntimo, sendo que a primeira opção prevalece.

Segundo Cesca (2004), a violência conjugal é um campo mutável em que se mesclam realidade e fantasia,

cena que causa horror e curiosidade. Perante diversos fatores, pessoais, familiares e sociais que compõem o fenômeno, torna-se muito complexa a tarefa das mulheres ao lidar com esta problemática. Quanto ao número de membros na família nuclear, treze das quatorze participantes revelam terem filhos, sendo que, com relação a quantidade de filhos variou de um a sete filhos por mulher.

Em relação a configuração da violência conjugal, ao que concerne no tempo de relacionamento com o autor da violência, sete das mulheres mencionam um período de um à cinco anos, seis ressaltam mais de vinte e um anos, e uma participante menciona vinte anos de união com o agressor. Quando questionadas acerca de quando ocorreu a primeira ameaça e/ou agressão, dez das mulheres relatam que ocorreu entre o primeiro e quarto ano de relacionamento, três entre quinto e sétimo ano e uma das mulheres menciona ter sofrido violência a partir do sexto ano de relação conjugal. A respeito do tempo aproximado que levou para aceitar novamente a presença do cônjuge após a ameaça ou agressão, oito mencionaram que foi no mesmo dia, cinco citam dias depois e uma das participantes não lembra o período.

Quando questionadas sobre a procura pelo auxílio da justiça nos momentos da violência ocorrida, oito das mulheres não denunciaram tal situação. Com relação aos motivos envolvidos na relutância da denúncia, oito das

participantes citam amor pelo (ex)cônjuge ou esperança que este altere suas atitudes e comportamentos, sete mencionam medo com relação ao futuro dos filhos ou da família, quatro revelam medo do agressor, e duas das participantes explicitam a situação econômica. Sobreleva-se que algumas das participantes manifestaram mais do que um motivo. Treze das participantes da pesquisa registraram ao longo de sua vida de um a cinco boletins de ocorrência, sendo que apenas uma delas registrou de cinco a dez boletins. A seguir alguns relatos que correspondem aos dados levantados:

> "A relação teve três términos e recomeços, pois ele demonstrava-se arrependido pelos comportamentos agressivos, prometia mudanças e em função dos filhos retomava a união" (P14 – 64 anos).

> "Acredito que ele possa vir a mudar, e então, o perdoo às vezes no mesmo dia. Sei que é um erro, mas ainda assim repito!" (P8 – 43 anos).

> "Todo ser humano pode mudar não pode? Resta uma esperança" (P1 – 19 anos).

De acordo com Madeira e Costa (2012), um dos principais motivos citados pelas vítimas como justificativa da continuidade no relacionamento é o desejo de

manter a união familiar na companhia dos filhos, ou em função deles. Doze das participante acreditam na possível mudança de comportamento do agressor, cinco ressaltam o medo do que pode ocorrer após a separação, três mencionam a dependência financeira, e três a dependência afetiva (referindo-se a um sentimento de afeto).

Com base nos relacionamentos conjugais passados, nove das entrevistadas já tiveram outros parceiros sendo que, sete destes foram relações abusivas (presença de violência física e/ou psicológica); verifica-se portanto, uma perpetuação do modelo conjugal, na qual a violência se faz presente. Correspondente a presença ou ausência do uso de substâncias durante o gesto violento, dez das mulheres citam que o parceiro ou ex-parceiro estava sob o uso de álcool ou outras drogas. Logo, duas das participantes afirmam que o autor não fez uso e duas alegam não ter conhecimento sobre esta informação. Quando indagadas acerca do tipo da substância, oito das mulheres citam o álcool, cinco mencionam o uso do álcool aliado a outros drogas, e uma das vítimas relata cocaína.

Silva, Coelho e Moretti-Pires (2014) expõe que o uso de substâncias psicoativas é considerado um fator de risco para a perpetração dos mais variados tipos de violência. Assim, sugere-se que exista uma relação do uso de álcool e drogas ilícitas com a violência. Contudo,

não como causa e efeito, mas como um fator impulsor (VIEIRA et al., 2014).

Outro fator relevante é a repetição de modelo parental presente na vida dessas mulheres. Dez das participantes mencionam que considera ruim a relação conjugal de seus pais, sendo
que além destas, outras sete ressaltam ser ou terem sido filhas de pais usuários de drogas, assim como presenciado violência intrafamiliar durante à infância, conforme coadunam-se alguns relatos:

> "Meu pai sempre bebeu, e quando bebia batia em mim e na minha mãe" (P3 – 26 anos).

> "Lembro da minha infância, minha mãe apanhou muito, assim como minha avó também." (P9 – 51 anos).

Ponte (2013) corrobora ao citar que não é incomum mulheres que presenciaram violência em sua residência, como por exemplo, pais alcoolistas e violentos, repita essa vivência com seu companheiro violento. Maus tratos, negligência, rejeição e abuso sexual, são fatores considerados de risco para tal perpetuação. Estudos nacionais (CARRASCO, 2003; CECCONELLO, 2003) evidenciam que existe um padrão ao longo das gerações concernentes a transmissão das experiências, conhecido ainda como transgeracionalidade, em que

mulheres vítimas de violência conjugal presenciaram inclusive a vitimização de suas mães durante a infância.

As participantes que estavam convivendo com o agressor, quando indagadas acerca de como seria na ausência ou separação do parceiro íntimo, nove mencionam que sentiram-se desconfortáveis e cinco citam que sentiram-se bem.

"Acho que será pior sem ele, afinal ele me bate mas é um bom pai" (P11 – 56 anos).

"Sem ele fico sem base, sem chão, não tenho mais ninguém" (P13 – 58 anos).

"Ficaria bem, me sentiria livre, aliviada" (P6 – 34 anos).

Quanto ao desejo de representar criminalmente, isto é, dar continuidade por meio do inquérito policial, destaca-se que das quatorze mulheres atendidas, nove escolheram não representar o agressor, o que é um dado eminente frente às denúncias e desistências no processo. Com base nos relatos, é possível observar a relação entre vítima e delegacia, na qual destaca-se que a instituição policial participa indiretamente da negociação dos acordos conjugais que ocorrem no ambiente familiar, e que para a maioria das mulheres vítimas de violência, a

denúncia apresenta-se como modo de dar um "susto" no agressor frente ao ato violento.

"Não quero representar, só dar um susto mesmo" (P3 – 26 anos).

"Não quero continuar com o processo... só quero que ele mude seus comportamentos" (P11 – 56 anos)

.

"Queria que ele mudasse... talvez se vocês (a polícia) falassem com ele" (P8 – 43 anos).

As razões que levam as mulheres a denunciar são variadas. Logo, a procura pelas chamadas Delegacias da Mulher é longa, complexa e conflitiva (RIFIOTIS, 2004). Conforme os relatos é possível constatar que nove dessas mulheres ao registrarem o boletim de ocorrência, não desejam punir o agressor, mas resgatar a relação familiar e encerrar o complexo ciclo de violência.

No que se refere ao compartilhamento da situação de violência vivenciada pelas participantes, sete destas relatam ter compartilhado com familiares e amigos, e sete mencionam não terem compartilhado antes do presente momento; revelam o medo e a vergonha como principais motivos. Hanada, D'Oliveira e Schraiber (2010) descreve a violência configurada como uma

"dramática vivência de negação do humano", na qual traz à tona sentimentos de vergonha, humilhação, medos, dentre outros, os quais fazem com que a vítima, na maioria das vezes apresente dificuldades ao comunicar. Isso pode ser observado nos relatos das participantes.

> “Eu precisava desabafar e você foi a primeira pessoa que olhou para o meu problema sem me julgar” (P14 – 64 anos).

> “Estou me sentindo muito melhor após o atendimento” (P2 – 24 anos).

De acordo com as entrevistadas, as mesmas apontam que o acolhimento psicológico é um auxílio no que se refere ao fenômeno em questão, denota-se, portanto, a importância de uma postura ética e profissional durante sua intervenção. Day et al. (2003) ressaltam precisamente, que o estudo da violência conjugal exige uma atitude de muita tolerância e sensibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo analisar os aspectos psicológicos presentes na relutância da representação criminal de mulheres em situação de violência conjugal, e conjuntamente identificar o perfil prevalente

das participantes encaminhadas aos serviços psicológicos após o registro do boletim de ocorrência. Referente a isso, salientam-se alguns aspectos proeminentes: a) baixa escolaridade; b) influência do histórico familiar e repetição de modelo parental agressivo e violento; c) não representar criminalmente por acreditar na mudança de comportamento por parte do (ex)cônjuge, sentimento de medo, e preocupação com o(s) filho(s); e) não procurar auxílio da justiça por relatarem medo do que venha acontecer com filhos e/ou família e a afetividade pelo parceiro.

No que se refere à problemática apresentada, percebe-se que um dos principais motivos alegados pelas vítimas para justificar a escolha pela não representação criminal, dar-se-á em função do sentimento de medo e, esperança de que o parceiro altere seus comportamentos até então violentos, assim como o desejo de manter a união familiar na companhia dos filhos.

Observa-se portanto, que uma significativa parcela das mulheres, após o acionamento da justiça, optam por não dar continuidade ao processo contra o autor do ato delituoso. Não se pode negar que as situações de violência conjugal envolvem questões intrincadas, pois os autores são primordialmente pessoas com as quais a vítima compartilha uma relação de afeto. Assim, a atuação policial ocorre em meio a conflitos e ambivalências.

Ressalta-se que este estudo referiu-se às mulheres que residem em uma região Sul do Brasil, subsequente-

mente os dados eminentes alude ao contexto sociocultural correspondente a referida região. Isto porque, tal estudo realizado na região Norte do Brasil, por exemplo, poderia vir a explicitar resultados distintos ou incomuns, justamente em função da realidade sociocultural que pode se apresentar adversa.

Com relação as limitações metodológica do presente estudo, pode-se mencionar a dificuldade em acessar as mulheres encaminhadas após registrarem o boletim de ocorrência, em função das mesmas não retornarem ao local de registro. Considerando a necessidade de atender aos critérios de saturação dos dados, foi possível realizar a entrevista com quatorze participantes. Entretanto, só foi possível realizar a coleta de dados, após diversas tentativas para seleção das participantes. As dificuldades ocorreram em virtude da adesão ao retorno das mulheres até a delegacia e a participação destas ao acolhimento.

Para a garantia efetiva de direitos e a defesa da dignidade humana, uma atuação profissional que pondere estas questões deve ser priorizada. Além do oferecimento dos instrumentos garantidos por lei e de orientação jurídica, é desejável a criação de um espaço para escuta da demanda psicológica dos envolvidos, de modo que possam refletir acerca da procura pelo sistema de justiça, repercussões da história de vida e queixa apresentada, além possibilidades legais de intervenção que podem ser prestadas por demais profissionais operadores do Direito.

Por fim, pode-se refletir acerca do importante papel que a Psicologia possui frente à esta temática emergente no cenário contemporâneo, em que a violência permeia lares, reproduzindo-se como um ciclo hostil de atos violentos e fatores de risco para o desenvolvimento humano e a vida familiar. Considera-se, outrossim, que a escuta qualificada e os encaminhamentos cabíveis exercidos pelos profissionais da Psicologia e demais integrantes envolvidos no processo, constituam-se fatores de proteção aos direitos da mulher e medidas de prevenção à violência conjugal. Aponta-se a relevância de outros estudos que visem aprofundar a reflexão sobre a persuasão de homens e mulheres que utilizam-se da violência como modo de resolver seus conflitos.

REFERÊNCIAS

BALDUÍNO, R. C. P.; ZANDONADI, A. C.; OLIVEIRA, E. S. de. Violência doméstica: fatores implícitos na permanência em situação de sofrimento. **Faraol**, v. 3, p. 111-125, 2017. Disponível em: <http://revistafarol.com.br/index.php/farol/article/view/39>. Acesso em: 17 set. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2011.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. A pesquisa em psicologia: análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. (Orgs). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa.** Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998.

CARRASCO, L. K. **A mulher vítima de violência conjugal: Uma perspectiva transgeracional.** (Tese de Doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS, 2003.

CECCONELLO, A. M. **Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco.** (Tese de Doutorado não publicada Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS, 2003.

CESCA, T. B. O papel do psicólogo jurídico na violência intrafamilar: possíveis articulações. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 41-46, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822004000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2017.

DAY, V. P. et al. **Violência doméstica e suas diferentes manifestações.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 25, p. 9-21, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1>. Acesso em: 14 out. 2017.

FALCKE, D. et al. Violência conjugal: um fenômeno inte-

racional. **Contextos Clínicos,** v. 2, n.2, p. 81-90, 2009. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822009000200002>. Acesso em: 20 out. 2017.

GARCIA, M. H. **Serviço Social e Violência Doméstica:** entre o olhar e o fazer interdisciplinar. Salvador – BA: Clube de Autores, 2010.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt uma terapia do contato.** 5. ed. São Paulo-SP: Summus Editorial, 1995.

GOBBI, N. Cresce denúncia de agressão: Lei Maria da Penha garante punição da violência contra a mulher. **Portal Violência Contra a Mulher.** 2007. Disponível em: <http://www.patriciagalvao.or.br/apc-aa-patriciagalvao/home/noticias.shtml?x=818>. Acesso em: 18 set. 2017.

GUEST, G., BUNCE, A.; JOHNSON, L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. **Field Methods**, v.18, v.1, p. 59-82, 2006. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1525822X05279903?journalCode=fmxd>. Acesso em: 14 out. 2017.

HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 33-60, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2010000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2017.

LABRONICI, et al. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 44, n.1, p. 126-133, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100018>. Acesso em: 04 out. 2017.

MADEIRA, M. Z. de A.; COSTA, R. G. da. Desigualdades de gênero, poder e violência: uma análise da violência contra a mulher. **Revista o Público e o Privado,** v.19, p. 79-99, 2012. Disponível em: < http://seer.uece.br/?journal=opublicoeoprivado&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=342&path%5B%5D=502>. Acesso em 04 set. 2017.

MARTÍN, À. **Manual prático de psicoterapia Gestalt.** 3. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2013.

MAYORCA, D. S.; BORGES, L. M.; BARCELLOS, A. R. Enfrentando a violência conjugal através da clínica psicodinâmica e a lei Maria da penha. **Integracion Academia,** v.14, n. 2, p. 1-14, 2014. Disponível em: < http://docplayer.com.br/15155526-Enfrentando-a-violencia-conjugal-a-traves-da-clinica-psicodinamica-e-a-lei-maria-da-penha.html>. Acesso em: 20 set. 2017.

MENEZES, T. C., et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** v. 2, n. 5, p. 309-316, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n5/16815.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, v.4, n.3, p. 513-531, 1988. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701997000300006&script=sci_abstract>. Acesso em 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Norma técnica de padronização das delegacias especializadas de atendimento às mulheres** — 25 anos de conquistas — Deams. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010. Disponível em: < http://www.spm.gov.br/lei-maria-da-penha/lei-maria-da-penha/norma-tecnica-de-padronizacao-das-deams-.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

MOREIRA, V. A Gestalt-terapia e a Abordagem Centrada na Pessoa são enfoques fenomenológicos. **Rev. abordagem Gestalt.** Goiânia, v. 15, n. 1, p. 3-12, 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2017.

NUNES, M. C. Violência conjugal e análise do discurso: instituições, sujeitos e sentidos. **Linguagem e Direito,** Santa Catarina, v. 2, p. 26-50, 2015. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/14125.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.

OLIVEIRA, D. C. de; SOUZA, L. Gênero e violência conjugal: concepções de psicólogos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia.** Rio de Janeiro, v. 2, p. 34-50, 2006.

PONTE, C. R. S. da. Reflexões sobre a angústia em Rollo May. **Revista do NUFEN**, v. 5, n.1, p. 45-56, 2003. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912013000100007>. Acesso em> 11 out. 2017.

RIBEIRO, J. P. **Vade-Mécum de Gestalt- Terapia:** conceitos básicos. 3.ed. São Paulo: Summus, 2016.

RIFIOTIS, T. As delegacias especiais de proteção à mulher no Brasil e a "judiciarização" dos conflitos conjugais. **Revista Sociedade e Estado,** v. 19, n.1, p. 85-119, 2004.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5ª Ed. Porto Alegre: Penso, 2003.

SANTOS, A. C. W. dos; MORÉ, C. L. O. O. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. **Paidéia**, v. 21, n. 49, p. 227-235, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/10.pdf>. Acesso em: 11 out. 2017.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. P. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudo feminista no Brasil. **E.I.A.L**, San Francisco, p. 1-16, 2005. Disponível em: -<http://www.nevusp.org/downloads/down083.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2017.

SILVA, A. C. L. G. da; COELHO, E. B. S.; MORETTI-PIRES, R. O. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica,** Washington, v. 35, n. 04, p. 278-283, 2014. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n4/07.pdf>. Acesso em 10 out. 2017.

SOUZA, L. de; CORTEZ, M. B. A Delegacia da Mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. **Rev. Adm. Pública,** Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p.621-639, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v48n3/05.pdf> Acesso em: 22 set. 2017.

VIEIRA, L. B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 67, n.3, p. 366-372, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0366.pdf>. Acesso em: 14 out. 2017.

O ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO SOB A PERSPECTIVA DA GESTALT-TERAPIA

15

Bruna Adames
Simoni Urnau Bonfíglio

A Psicologia, enquanto ciência e profissão, vem se desenvolvendo e atuando sob diversas abordagens metodológicas e filosóficas, como por exemplo: Psicanálise, a Gestalt, o Behaviorismo, a Fenomenologia, o Existencialismo, o Cognitivismo, entre diversas outras (SCHULTZ, 2012). Desta forma, falar a respeito dos aspectos conceituais e práticos acerca do atendimento psicoterapêutico dependerá de qual pressuposto filosófico ou epistemologia o profissional baseia-se. Logo, o presente capítulo elucida aspectos conceituais fundamentais na atuação profissional quando esta dar-se-á sob a perspectiva da Gestal-terapia.

A Gestalt-Terapia chegou até nós, brasileiros, há cerca de quarenta anos. De acordo com Ginger e Ginger (1995) os primeiros textos foram trazidos dos Estados Unidos por alguns dos brasileiros, isso ocorreu devido ao entusiasmo de conhecer algo muito novo no cenário das psicoterapias. Após traduzidos, os livros se tornaram interesses dos profissionais da área de psicoterapia, bem como ao público em geral. De acordo com Ribeiro (2013) o atendimento psicoterapêutico à luz da Gestalt--terapia, não pode ser visto como uma resposta mágica aos problemas dos indivíduos que buscam criar um estado de liberdade. Cita ainda, que em qualquer psicoterapia o cliente deve assumir a noção e a vivência de contato, fronteira, capacidade de dar respostas adequadas a si mesmo no e ao ambiente, pois do contrário, corre o risco de ser um processo esquizofrenizante, causando mal a todos os envolvidos.

O processo psicoterapêutico pode ser descrito como um percurso no qual permite ao ser humano a conscientização por meio do encontro consigo mesmo e com o mundo (Em Si e do Para Si). Segundo o autor supracitado, o psicoterapeuta além de ser um bom ouvinte, torna seus olhos e todo o seu corpo uma função para poder compreender a situação, portanto, tanto seu corpo quanto sua mente, são excelentes fontes de informação, desde que saiba fazer dele e com ele uma leitura correta a respeito de si e do outro (paciente). Existem diversas

formas de psicoterapia (individual, grupal, casais, famílias). No que diz respeito a psicoterapia individual é caracterizada por um momento único, privilegiadíssimo de presença, de encontro, de cuidado, de inclusão, de confirmação de diferenças entre duas pessoas (ou mais pessoas, quando grupal) constituindo um raro e transformador momento de contato.

Ribeiro (2013) faz menção a importância da singularidade de cada cliente, e subsequentemente de cada sessão. Ressalta que não existe atendimentos iguais, no entanto, o autor destaca três grupos de clientes: a) aqueles que praticamente usam mais a cabeça, o raciocínio, a fala; b) aqueles que revelam suas mais íntimas e complexas situações através de sentimentos, afetos, emoções, do corpo, enfim; c) aqueles, e talvez sejam os mais numerosos, cuja vida é um reflexo da confluência entre o fora e o dentro, ora vivida com tranquilidade ora com disfunções emocionais.

Assim sendo, a Gestalt-terapia não se refere só ao homem, mas sim, à natureza como um todo, e consequentemente a redenção do ser humano provoca o resgate da relação corpo-pessoa, mente-pessoa, ambiente-pessoa. Três ângulos, os quais são vistos e chamados de totalidade. Logo, almejar resgatar o indivíduo sem levar em conta o que ele é, em sua essência, será inatingível quanto a obtenção de resultados benéficos no processo terapêutico.

1 GESTALT-TERAPIA

Na Gestalt-Terapia o ser humano é visto como um todo, prezando pelas situações presentes, focalizando o modo de ser do indivíduo, de momento em momento, em todos os seus detalhes e complexidades. É antes uma prática pessoal, uma forma de vida. É algo que se faz com os outros e não para os outros. Vale ressaltar que o psicólogo é elemento fundamental durante o processo psíquico do sujeito e consequentemente de toda a família, estabelecendo de forma gradativa o vínculo entre eles (PERLS, 1977).

> Gestalt significa totalidade fenomênica, uma configuração de partes em inter e em intra-relação, formando na unidade de sentido. Gestalt é uma unidade de sentindo, um fenômeno, algo que aparece como um nome e se torna algo para minha consciência (GINGER; GINGER, 1995, p.137).

Assim como mencionado de acordo com Perls (1977), Gestalt significa o 'todo', um completo de si. Deste modo "uma parte num todo é algo bem diferente desta mesma parte isolada ou incluída num outro todo" ou ainda, "o todo é diferente da soma de suas partes" (GINGER; GINGER, 1995, p.137). A Gestalt quer ser completada e se caso não for, permanece as situações inacabadas, que pressionam e querem ser completadas, sendo assim há milhares de gestalts inacabadas. Tais

gestaltens inacabadas emergirão, virão à superfície, sendo que, as mais importantes para o sujeito emergiram primeiro

Em Gestalt, cada indivíduo é responsável por suas escolhas, bem como suas evitações. É importante compreender que cada sujeito trabalha no ritmo e no nível que lhe convém, a partir daquilo que emerge para si no momento, quer se trate de uma percepção, emoção ou preocupação atual, da revivescência de uma situação passada mal resolvida ou inacabada, ou ainda de perspectivas incertas do futuro (RIBEIRO, 2016).

De acordo com Ginger e Ginger (1995) tanto como terapeuta ou como cliente é correto afirmar, que a prioridade é o almejo da totalidade perdida, uma vez que problemas mentais são disfunções de uma totalidade não vivenciada. Infelizmente, é possível romper esta totalidade de diversos meios, por exemplo, as vivências do pensar, sentir, agir, falar, de um corpo que se tornou um grande desconhecido do próprio sujeito, dos sentidos que não sentem ou ainda, de uma ruptura com o mundo. Portanto, fazer Gestalt não é objetivar a cicatrização de feridas antigas, mas olhar para elas e a partir destas fluir para uma nova pessoa que mora dentro de cada um. Se faz necessário

> [...] deixar de lado e para trás velhos olhares, sensações perdidas, toques que não significam mais nada, pois o remédio da cicatrização é guiar para

> um amanhã apesar de todos os riscos (GINGER; GINGER, 1995, p. 139).

Moreira (2009) corrobora ao afirmar que a Gestalt-terapia é uma das forças rebeldes, humanistas e existenciais dentro da Psicologia, é autossustentada e realmente experiencial. O objetivo como terapeuta Gestalt é ampliar o potencial humano por meio do processo de integração, no qual apoia-se os interesses, desejos e necessidades genuínas do indivíduo.

> O Gestalt-terapeuta não procura compreender o sintoma e, assim procedendo, não procura sustentá-lo, justificando-o. Nem procura eliminar o sintoma ou ignorá-lo. Ele se dispõe a explorá-lo com seu cliente, compartilhando essa aventura a dois, numa relação de simpatia- que Perls opõe, de maneira um pouco caricatural, ao que chama de empatia Rogeriana e apatia psicanalítica (GINGER; GINGER, 1995, p. 145).

A Gestalt pensada na atualidade, pode ser praticada em diferentes contextos. É destinada tanto para a psicoterapia individual, quanto para terapia de casais (com a presença simultânea dos dois parceiros), em terapia familiar, em grupos contínuos de terapias, dentre outros. Esta teoria diz respeito às pessoas que sofrem de distúrbios físicos, psicossomáticos ou psíquicos, classificados de "patológicos", problemas existenciais (conflito, rompimento, solidão, luto, depressão, desemprego, sentimento de inutilidade ou impotência, dentre outros) (GINGER; GINGER, 1995).

A Gestalt integra e combina, de forma oriental, um conjunto de técnicas variadas, verbais e não verbais, tais como: despertar sensorial, trabalho com a energia, a respiração, o corpo ou a voz, expressão da emoção, trabalho a partir dos sonhos, criatividade (desenho, modelagem, música, dança), entre outras. No entanto, para entender a complexidade das diversas técnicas que a Gestalt-terapia faz uso, é de suma importância compreender e descrever a seguir alguns conceitos presentes em tal abordagem.

2 *AWARENESS*

De acordo com Ribeiro (2016) a *awareness* pode ser caracterizada por um caminho de mudança. Um processo pelo qual, ocorre a integração harmoniosa pessoa-mundo de tal modo que a pessoa pode vir a descrever uma sensação de fim de linha, de chegada de uma longa e difícil viagem e sobretudo uma sensação de completude, de um chão que somente agora pode fecundar. "A *Awareness* pode ser entendida, como a tomada de consciência global no momento presente, atenção ao conjunto da percepção pessoal, corporal e emocional, interior e ambiente" (GINGER; GINGER, 1995).

A mesma pode ser subentendida portanto, como consciência da própria consciência, ou ainda, como um processo pelo qual o indivíduo se torna consciente de

sua própria consciência, aqui e agora, no mundo. Essa consciência ocorre quando todo Ser[40], ou seja, suas percepções, emoções, sentimentos, pensamentos, conjuntamente, vem trabalhar para que o indivíduo possa ressignificar o dado (RIBEIRO, 2016).

3 FENÔMENO

O fenômeno é a aparência sensível que chega até nós. De acordo com Ribeiro (2016, p.121) "o cliente é um fenômeno, uma aparência pura e simples, e este é o primeiro e talvez o mais importante momento no e do processo terapêutico". Portanto, ora o fenômeno é a realidade que o terapeuta percebe assim que chega o cliente em seu consultório, ou seja, uma manifestação da realidade, ora ele se contrapõe ao fato, porque o dado percebido não é idêntico à realidade captada pelos sentidos apresentados pelo cliente. Sendo assim o terapeuta está em uma constância frequente de fenômenos cujas características ou aparências o colocam em contato com a essência das coisas.

> O fenômeno é a totalidade vista, observada e sentida aqui-agora. No cliente, como um dado para minha consciência, não se pode separar a coisa-em-si do em-si-da-coisa, mas lentamente, na razão em que ele vai revelando e descrevendo a coisa-em-si,

[40] Identidade: para identificar e/ou distinguir algo e/ou alguém em relação a si mesmo e/ou aos outros.

> vai também percebendo a essência do que é e do porquê de ele está ali (RIBEIRO, p.122, 2016).

A esse propósito, subentende que o fenômeno, visto enquanto a coisa-em-si, é uma simples e pura aparência, e enquanto um em-si-da-coisa, é um objeto para minha consciência, que o qualifica e delimita em função da relação que a realidade estabelece no encontro humano. A coisa-em-si revela ao ser humano a existência do objeto observado, o em-si-da-coisa, revela, portanto, a sua essência, como uma redução transcendental, no sentido de que até a essência de qualquer 'Ser' é essência particularizada pela observação daquele sujeito específico.

O terapeuta exerce então, a finalidade de ser um facilitador deste processo relacional, nada mais que isso. Por isto, Ribeiro (2013) menciona a importância no que concerne ao terapeuta, desenvolver o dom da escuta amorosa, empática e calorosa, que consequentemente permitirá ao cliente ouvir-se cuidadosamente, na medida em que é escutando a si mesmo que ele se redescobre como uma nova criatura na relação com o outro, tornando-se ambos um fenômeno vivo, um para o outro.

4 AQUI-AGORA – AQUI E AGORA

De acordo com Ribeiro (2016) a Gestalt-terapia, ou ainda terapia de contato, preocupa-se pouco com uma intervenção psicológica voltada ao passado ou preventiva do futuro. Preocupa-se, portanto, com a ciência psicológica que busque respostas reais as demandas do aqui e agora das pessoas. É importante ressaltar que um encontro entre terapeuta e cliente é baseado no respeito, ética e na possibilidade de capturar e alargar os instantes. Por isto, aqui-agora, é um conceito que baseia-se no que o cliente está vivenciando no momento presente, não exclui o passado e o futuro, porém, é a presentificação do momento vivido.

O aqui e agora, é referido a três coisas, ao mesmo tempo. Existe, portanto, um sujeito que observa, os espaços e o tempo, e a relação que une essas três coisas. Aqui e agora tem a ver com duração, com coisas que podem ou não ser desejadas ou até executas. Já aqui-agora relaciona-se com o tempo vivido, experimentado, numa unidade espaço- temporal. Por fim, com o intuito de simplificar e fixar a compreensão que diferencia os conceitos, aqui-agora é de dentro para dentro e aqui e agora é de fora para fora (RIBEIRO, 2016).

5 ESCOLHA (INTENCIONALIDADE)

Segundo Ribeiro (2016) o processo de escolha que o indivíduo apresenta, talvez seja o mais transformador com relação a existência do Ser, pois este é considerado um mágico momento onde a essência do sujeito encontra sentido na existência do objeto. Em outras palavras, a parte se reconhece no todo procurado, desejado, ou o todo se reconhece, como presente, na parte procurada, desejada. A ação é a escolha em si, pois não pode haver escolha sem ação, assim, ocorrem situações conflituosas nas quais se apresentam como obstáculos, para que então o cliente possa optar por uma escolha e consequentemente ter uma essência única e subjetiva.

Diante do mundo contemporâneo no qual vivemos, alguns sentimentos e sensações impedem o ser humano e cliente de fazer verdadeiras escolhas. De acordo com o autor supracitado, quando o ser humano é impedido de realizar suas escolhas, subsequentemente perde o verdadeiro sentido do humano. Muitas vezes o cliente percebe que a tomada de decisão para determinada situação se faz necessário, contudo, o que lhe motiva para satisfazê-la não consegue se efetivar em função do medo de que as situações novas não compensem os riscos da mudança, e infelizmente permanece na sua zona de conforto. Porém, se faz necessário mencionar que de acordo com Aguiar (2005) mesmo quando o sujeito decide

não escolher (passividade), ainda assim é uma escolha, portanto, devem assumir seus atos (ações, escolhas) e se responsabilizarem por tais.

6 ESSÊNCIA E EXISTÊNCIA E ESSÊNCIA-EXISTÊNCIA

A realidade é, assim, constituída de essência e existência. É possível discernir a existência por meio de a-coisa-em-si, a coisa como tal, por exemplo, uma flor é uma flor, um carro é um carro. Já no que concerne essência, esta por sua vez é o em-si-da-coisa, aquilo que a coisa é para o cliente (em contexto clínico) naquele momento. Isto é, não só é uma flor em si, como é uma flor para mim (para o cliente). Ao mencionar o termo essência-existência referencia-se a uma única realidade percebida, não se trata de dois momentos, em que um ocorre primeiro, mas da realidade sendo apreendida como uma totalidade que chega por inteiro à consciência (RIBEIRO, 2016).

Ao identificarmos algo, consequentemente identificamos sua essência por meio de sua existência, portanto, é a existência que manifesta a essência das coisas e das pessoas. Quando um cliente chega ao consultório, apresenta sua existência e por meio de seus conteúdos existenciais, o terapeuta pode de algum modo intuir a pessoa que ele é. Por fim, tomar consciência da própria

existência é tomá-la, de novo, pelas mãos e avistar o caminho de volta à própria essência, única realidade que pode resinificar a vida (RIBEIRO, 2016).

7 FIGURA E FUNDO E FIGURA- FUNDO

Por meio das necessidades internas pelas quais o indivíduo define o modo como ele se aproxima da realidade é a maneira pelo qual transforma um fenômeno--em-si em um em-si-do-fenômeno. Contudo, ao explicar figura e fundo, tem-se que levar em conta os processos que se alternam, no qual ora um, ora outro, se mostra ou se revela ao sujeito como uma possibilidade de inclusão perceptiva. Já no que diz respeito a figura-fundo, é descrito por uma relação de reciprocidade, na qual não se distingue o que é fundo do que é figura. Neste momento o ser humano está diante de uma realidade vista sob o prisma de um único olhar (RIBEIRO, 2013).

Nós seres humanos somos movidos por nossas necessidades, que, por sua vez são movidas pelas nossas motivações. Sendo assim, sabe-se que, quanto mais motivados por um desejo, mais tendemos a torná-los necessários. Talvez pudéssemos afirmar que desejos estão ligados à figura e necessidades estão ligadas ao fundo. A realidade é uma só e como tal se apresenta a percepção. Dependendo de que ângulo ele se aproxima da realidade, de qual sentido essa realidade tem para ele, naquele dado campo (RIBEIRO, 2013).

8 CORPO

Ao contextualizar para o ambiente clínico, o cliente chega até ao consultório demandando e explicitando uma ou mais patologias. De acordo com Ribeiro (2016) a doença em si é a fragmentação da harmonia interna dos sistemas, nos quais um aparece mais afetado que o outro. O que se percebe é que embora o corpo todo fique adoecido, uma parte ou um sistema demonstram, por meio da dor física, mental ou existencial, qual área está mais afetada e onde o contato está fluindo menos, e é este detalhe no qual o terapeuta deve estar atento para saber intervir da melhor maneira possível.

A esse propósito, entende-se que o corpo, por intermédio de seus diversos sistemas, sinaliza para a consciência do cliente a realidade interna-externa que experiencia, em dado momento e espaço. Sendo assim, a consciência corporal é o processo pelo qual o corpo responde como uma consciência reflexa, como uma totalidade, aos estímulos que recebe de fora. Um outro conceito importante de correlacionar é o da corporeidade. Corporeidade pode ser caracterizada pela sensação que o ser humano tem de estar imerso em sua própria matéria corporal e, então, a partir dessa sensação, perceber-se como existindo, existente, vivo, reproduzindo, a cada instante, a própria identidade e individualidade, a própria materialidade experienciada.

9 POLARIDADE

A Gestalt busca a integração harmoniosa das polaridades complementares de todo comportamento humano (agressividade/ ternura), mais do que a eliminação de uma em proveito da outra ou a busca ilusória de um injusto meio-termo, pálida monotonia de sentimentos diluídos. Nossas verdadeiras batalhas não são entre pessoa e pessoa, mas entre o igual e o diferente, entre a rotina e a possibilidade nova, que se debatem dentro de nós (GINGER; GINGER, 1995).

De acordo com Ribeiro (2016) a polaridade pode ser descrita por meio da frase: "viver em cima do muro". O autor não se refere à polaridade como um processo que provoca o diferente do ser humano em sua relação com o outro, mas sim, que provoca o diferente dentro do próprio ser humano (Em Si). Diante disto, a polaridade pode ser definida da seguinte maneira:

> [...] processo pelo qual duas realidades, aparentemente opostas, colocam-se uma diante da outra a fim de se excluir mutuamente, como se fosse o oposto da outra, amor e ódio (RIBEIRO, 2016, p. 159).

A polaridade passa por um processo de subjetivação, ou seja, diante de uma polaridade, o que está em causa é o sujeito que duvida e não a coisa sobre a qual escolhe. Um exemplo de polaridade ocorre quando o

cliente possui uma dúvida: não sabe se vai ou não para Minas Gerais. Neste exemplo, fica claro que o que importa é a intencionalidade (escolha), ou ainda, o sentido que tal viajem possui para essa pessoa, o destino neste caso pouco importa, mas sim o significado de ir ou não ir viajar. Mas se esse mesmo exemplo obtivesse outra forma, e então a dúvida do cliente em ir viajar para Minas Gerais ou Mato Grosso, este por sua vez, está diante de duas escolhas de objetos diferentes que podem ser emoções completamente diversas.

Percebe-se então, que embora ambos os casos lidem com um processo de dúvida, a energia do sentido do desejo caminha em direções completamente diferentes.

> A dúvida ocupa um lugar importante na questão da polaridade, uma vez que, se prestarmos atenção, radicalmente, na dúvida interna da pessoa- por exemplo, "não sei se vou ou se fico" - a, maior probabilidade é de que a pessoa não queira ir, pois se quisesse, não duvidaria. Estou falando de dúvida interna, de argumentos internos, porque, se motivos externos obstaculizam a decisão o princípio de que, na dúvida, prevalece o "não" cai evidentemente por terra (RIBEIRO, 2016, p.160).

Portanto, a polaridade relaciona-se especificamente com o poder de decisão de cada indivíduo, apesar de que, com frequência, encontra-se no caminho da decisão, emoções como o medo, a angústia, a dúvida, que freiam a intensidade o que consequentemente fazem apelo ao bom senso, à prudência. Polaridade é ainda, um

jeito muito humano de funcionar, pois na contemporaneidade na qual permeia a vida dos seres humanos, toda esta complexidade abre um caminho natural para que os questionamentos e as dúvidas ocorram (RIBEIRO, 2013).

10 RELAÇÃO COMPLEMENTAR

A relação complementar pode ser entendida pelo processo no qual duas pessoas se encontram afim de realizarem trocas mutuas, aquilo de que sentem falta, para, então, se sentirem plenas, inteiras, na cumplicidade do compartilhamento. Assim, esta tão importante troca, ocorre por meio dos níveis: cognitivo, emocional, motor e linguístico, e é nesta troca, profunda e dinamicamente humana, que os clientes vivem no outro a beleza daquilo que neles o falta (MARTÍN, 2013).

Relação complementar é, portanto, uma relação de partes que entre si almejam no outro o que lhe falta e nesta troca, recebem a sensação de completitude. Trata-se de uma relação de troca, às vezes, a alto preço, afinal, por trás de todo apego exagerado, existe uma relação complementar silenciosa, como um sutil comercio que supre o que, às vezes, a pessoa não pode ou não consegue ter e ou ainda, não sabe pedir.

> A relação complementar passa a ser doentia quando ambos ou um dos dois não consegue mais viver sem o outro, que deixa de ser uma opção para se tornar uma necessidade na vida do outro (RIBEIRO, 1969).

Cabe ao terapeuta compreender que sem romper a conexão entre a relação e seu complemento, dificilmente verá em seu cliente novas perspectivas. Esse processo de dissolução deve ocorrer de modo gradativo, não diretamente, pois, assim como a constituição da relação complementar foi feita a duas mãos, assim tem de ser a sua dissolução, isto é, ambos nesta relação, precisam tomar consciência de que se tornaram alimentos tóxicos um para o outro.

De acordo com Ribeiro (2016) todo trabalho clínico ocorre em decorrência da capacidade do terapeuta de dialogar, o que significa, portanto, colocar todos os seus sentidos a favor de uma escuta calma e amorosa. O cliente não falará, ao terapeuta, se perceber que pode ser julgado por ele, e isso consequentemente faz menção a reflexão a respeito das práticas psicológicas, a maneira como ela ocorre no contexto clínico, bem como outros campos no qual o profissional psicólogo atua.

> O diálogo interno, entretanto, precede ao contato, porque sem ele dificilmente surgirá o contato entre duas pessoas. Cliente e terapeuta só entram em contato após uma reflexão dialógica: o encontro é primeiro intra-subjetivo e somente, num segundo momento, intersubjetivo (RIBEIRO, 2016, p. 106).

Para o autor supracitado, o diálogo pode ser caracterizado por meio da entrega da palavra para o outro e subsequente receber a dele, pois, sabe-se que a única coisa que torna duas pessoas iguais é a aceitação da diferença existente na presença viva de ambas. Diálogo caracteriza-se pelo respeito pela diferença, e é a palavra o instrumento que transporta/locomove o ser de um para o outro, no qual o resultado é a comunicação.

É neste sentido prático que a Gestalt-terapia pode ser descrita como uma terapia dialógica, pois, é correto afirmar que a Gestalt é uma terapia que faz do diálogo seu principal instrumento de encontro consigo, com o outro e com o mundo. É importante mencionar, que muitas das patologias nascem de diálogos internos inacabados, interrompidos, nascem do desencontro de palavras com sentimentos, apenas percebidos, mas não experienciados, nascem de diálogos com o outro, diálogos nascidos apenas da razão, o que faz com que neste momento dialético entre terapeuta e paciente ocorra transformações na vida do sujeito.

11 A PRÁXIS DA GESTALT-TERAPIA EM CONTEXTO CLÍNICO

A Gestalt abrange e combina, múltiplas técnicas, de forma a possibilitar uma gama de opções de ferramentas à quem a aplica (GINGER; GINGER, 1995).

De acordo com Pedras et al. (2006) as técnicas aplicadas pela Gestalt-terapia têm como referencial os processos de percepção, bem como as relações que as pessoas estabelecem com o meio, o modo como se autorregulam e organizam sua existência, desejando ampliar a *Awareness* (consciência integrativa) do indivíduo de maneira que ele possa ter uma maior consciência de si.

Campos e Daltro (2015) corroboram ao mencionar que a Gestalt-terapia investe na capacidade do sujeito em se autorregular e no poder restaurador do humano, evidencia ainda, a auto sustentação. Logo, a referida abordagem entende o indivíduo como um Ser de possibilidades, dando destaque à autonomia, auto responsabilidade, liberdade para realizar as próprias escolhas e atender indispensabilidades na relação com o meio. O ser humano é percebido como um agente transformador de sua própria realidade (CAMPOS; DALTRO, 2015).

Desse modo, durante o processo terapêutico, o profissional deverá propiciar ferramentas e ou instrumentos para que o cliente consiga se auto perceber, consequentemente se auto responsabilizar e agir nas tomadas de decisões a respeito de sua vida, ou seja, olhar e respeitar o indivíduo (fenômeno) em sua integralidade, no seu Ser biopsicossocial. Logo, o gestaltista deve estar cônscio dos múltiplos indicativos comuns de reações emocionais subjacentes, tais como discretos fenômenos

de vasodilatação no rosto ou no pescoço, mini contrações do maxilar, alterações no ritmo da respiração ou da deglutição, mudanças no tom de voz, alterações na direção do olhar e é claro, os gestos automáticos das mãos, pés ou dedos (MARTÍN, 2013).

A esse propósito Sampaio (2004) ressalta que o papel do profissional psicólogo no procedimento terapêutico, como o de descomplexificar o processo de contato do cliente com suas experiências, é de conduzir o cliente em seu foco. Para tal, o trabalho demanda ser sempre na fronteira de contato do cliente, nem além nem aquém. O psicoterapeuta não deve forçar que o cliente perceba algo que ele não está percebendo, porque consequentemente estaria indo além de suas possibilidades, nem sequer deixar de intervir em momentos em que o cliente esteja apto para lidar com a situação, pois caso contrário não será possível existir mudança.

Ressalta-se sobretudo, que independentemente da abordagem psicoterapêutica, a atuação psicológica deve ser pautada no exercício ético, tal qual o sigilo profissional, prescrito no Código de Ética. Segundo o Conselho Regional de Psicologia (2014), o Código de Ética determina que:

> Art. 9º – É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional. Art. 10 – Nas situações em que se configure conflito entre as exigências decorrentes

> do disposto no Art. 9º e as afirmações dos princípios fundamentais deste Código, excetuando-se os casos previstos em lei, o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo. Parágrafo único – Em caso de quebra do sigilo previsto no caput deste artigo, o psicólogo deverá restringir-se a prestar as informações estritamente necessárias.

O psicoterapeuta, não irá proporcionar respostas prontas sob a sua percepção, ao contrário, será um facilitador deste processo relacional, no qual impulsionará e co-responsabilizará o paciente diante dos sintomas emergidos por tal, nada mais que isso. Daí a importância da escuta amorosa, no qual possibilitará ao paciente ouvir-se cuidadosamente, na medida em que é escutando a si mesmo que ele se redescobre como uma nova criatura na relação com o outro, tornando-se ambos um fenômeno vivo (RIBEIRO, 2016).

Segundo Martín (2013) o fenômeno pode ser considerado como a totalidade observada, visto num primeiro momento, a qual chega ao terapeuta, sentida aqui-agora.

> Totalidade é a alma que institui e constitui todas as coisas, é a alma da realidade, é a vida que circula nas coisas ou é a própria vida que mantêm a vida e o sentido unitário das coisas. Quando o ser humano rompe sua totalidade, ele adoece, não produz, perde sentido e – dependendo da gravidade desse rompimento – morre (RIBEIRO, 2016, p. 22).

Nem se justificar nem convencer, nem se explicar nem explicar, somente expressar-se, mantendo-se atentas ambas as partes, o que importa não são os diversos porquês, mas aos 'como', ou seja, como ocorreu, em função do que ocorreu determinada situação que hoje aparece como um dos sintomas. Isto ocorre, quando o terapeuta se utiliza dos porquês, sucede o grande risco do paciente não se responsabilizar por seus comportamentos, e, portanto, manter-se fixos a eles (ações, escolhas e atitudes) em busca de sempre os justificá-los. Martín (2013) cita ainda, que um grande erro humano presente na sociedade contemporânea é de ter perdido boa parte da sua capacidade de dar-se conta do que está sentindo e quais são suas verdadeiras necessidades.

De acordo com o autor supramencionado, o dar-se conta caracteriza-se pela capacidade do paciente/cliente de perceber o que está ocorrendo dentro de si mesmo e no mundo que o rodeia. Pode-se descrever três tipos de dar-se conta: a) dar-se conta de si mesmo ou do mundo interior; b) dar-se conta do mundo exterior; c) dar-se conta da zona intermédia ou zona da fantasia (GINGER; GINGER, 1995).

Isto posto, verifica-se a importância que Ribeiro (2016) dá ao psicólogo ao deter de uma visão humanista, a qual é vista como um movimento que possibilita a percepção do indivíduo como integrado, coerente, dinamicamente funcional, caminhando firme na direção do

descobrimento do corpo e de suas potencialidades, da alma e seus mistérios, assim como do seu ambiente e de que existe dentro de si.

Por conseguinte, certifica-se que a Gestalt-terapia não lida com o problema em si mas sim com a energia nele presente. O problema é sempre velho/antigo, mesmo sendo recente, a energia é sempre nova/atual em função de que ela nunca se repete. A elucidação está em possibilitar que a natureza flua na ação e não em interromper simplesmente algo que, de certo modo, é natural à pessoa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo explicitar o atendimento psicoterapêutico sob a ótica da Gestalt-terapia, por meio de seus respectivos conceitos presentes na atuação e intervenção profissional. Referente a isso, salientam-se alguns aspectos proeminentes: a) o atendimento e processo terapêutico visualiza o paciente em sua integralidade; b) o fenômeno pode ser descrito como a demanda que chega até os terapeutas tanto no que refere as queixas explícitas quanto subjacentes; c) o terapeuta e o paciente caminham juntos neste processo, portanto, o paciente é co-responsabilizado por ser o protagonista de sua própria história e o terapeuta um facilitador nessa caminhada.

Em vista de tal cenário, foi possível constatar que, tanto o psicoterapeuta quanto o paciente são "parceiros" que caminham juntos numa relação de envolvimento, contato e autenticidade, ainda que seus papéis sejam diferentes. Esse modo de trabalhar caracteriza a Gestalt-terapia como única e satisfatória. O processo terapêutico favorece, portanto, uma reelaboração e ressignificação do sistema perceptivo individual, tanto do paciente quanto do terapeuta. O terapeuta está presente como pessoa, numa relação atual eu/tu com o cliente.

Por fim, aponta-se a relevância de outros estudos que visem aprofundar a reflexão sobre a temática, afim de oportunizar graduandos e graduados acerca da escolha por sua abordagem teórica, ou ainda, estudos que explicitem a aplicabilidade de referida abordagem na prática profissional por meio de estudos de casos que elucidem assuntos específicos e/ou direcionados visto a importância de se ter esclarecidos e de ser um alicerce quanto aos pressupostos de partida a qualquer prática ou intervenção.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. **Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática.** São Paulo: Livro Pleno, 2005.

CAMPOS, A. F.; DALTRO, M. A clínica ampliada no enfoque da Gestalt Terapia: um relato e experiência em supervisão de estágio. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde,** Salvador, v. 4 n. 1. p. 59-68, 2015. Disponível em: <//www.psicologia.pt/artigos/textos/A1048.pdf>. Acesso em 05 mai. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP-SP). **Recomendações aos Serviços-Escola de Psicologia do Estado de São Paulo:** Compromisso Ético para a Formação de Psicólogos, 2010.

GINGER, S.; GINGER, A. Ginger, S. & Ginger, A. **Gestalt uma terapia do contato**. 5. ed. São Paulo-SP: Summus Editorial, 1995.

MARTÍN, Á. **Manual prático de Psicologia Gestalt**. 3.ed. Petrópolis: vozes, 2013.

MOREIRA, V. A Gestalt-terapia e a Abordagem Centrada na Pessoa são enfoques fenomenológicos. **Rev. abordagem Gestalt.** Goiânia, v.15, n.1, p. 3-12, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000100002>. Acesso em 06 mai. 2018.

PEDRAS, R. N et al. Relato de um estágio realizado com crianças em um Centro Educacional e de Assistência Social. **Revista IGT na Rede,** v. 11, n. 20, p. 143-159, 2006. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwio3bzL99_VAhXGI5AKHfJvDxwQFggmMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.igt.psc.br%2Fojs%2Finclude%2Fgetdoc.php%3Fid%3D2552%26article%3D476%26mode%3Dpdf&usg=AFQjCNFOF6x4soHzIgzGuceflMqJQB3LMw>. Acesso em: 01 mai. 2018

PERLS, F. **A Abordagem Gestáltica e Testemunha Ocular da Terapia.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

RIBEIRO, J. P. **Psicoterapia:** teorias e técnicas psicoterápicas. 2.ed. São Paulo: Summus, 2013.

RIBEIRO, J. P. **Vade-Mécum de Gestalt- Terapia:** conceitos básicos. 3.ed. São Paulo: Summus, 2013.

SAMPAIO, M. M. A. **Neutralidade na relação terapêutica - reflexões a partir da abordagem gestáltica. Arquivos Brasileiros de Psicologia,** v. 56, n.1, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672004000100005>.Acesso em 27 abr. 2018.

SCHULTZ, D. P. **História da Psicologia Moderna.** São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SOBRE OS AUTORES

Adriano de Souza
Psicólogo - UNIFEBE. E-mail: adrianopfranco@gmail.com

Bruna Adames
Psicóloga, Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE). E-mail: brunaadames@hotmail.com

Daniela Nunes
Graduanda de Psicologia pelo Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE). Estagiária de Psicologia na Delegacia de Proteção à Criança, ao Adolescente, à Mulher, e ao Idoso - DPCAMI de Brusque (DPCAMI). E-mail: danielanunes@unifebe.edu.br

Diego José Borges
Psicólogo formado - UNIFEBE. E-mail: borgesprotagonista@unifebe.edu.br

Evelise Hahne Ribeiro
Graduanda de Psicologia pelo Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE). E-mail: evehahne@gmail.com

Fabiane Maria Schaefer Baron
Psicóloga clínica, graduada pela faculdade UNIFEBE, Brusque–SC. E-mail: nane.b@terra.com.br

Fabiane Maria Schaefer Baron
Psicóloga clínica, graduada pela faculdade UNIFEBE, Brusque–SC. E-mail: nane.b@terra.com.br

Fernanda Silva de Oliveira
Graduada em Psicologia do Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE). E-mail: feo-oliveira@unifebe.edu.br

Grasiele Rosvadoski da Silva
Psicóloga, Especialista em Psicologia Analítica pelo Ichythys Instituto – Curitiba/PR, Mestranda em Psicologia pelo Universidade Tuiuti do Paraná e docente do curso de Psicologia na UNIFEBE. E-mail: grasirosvadoski@gmail.com

Guilherme Silveira
Graduando de Psicologia pelo Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE). E-mail: guilherme_brusque_silveira@hotmail.com

Gustavo Angeli
Psicólogo, Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá. Professor Universitário no Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE), Psicólogo Clínico na Prefeitura Municipal de Blumenau. E-mail: gustavooangeli@gmail.com

Maurício Marquardt Pereira
Graduando de Psicologia pelo Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE). E-mail: mauriciomp90@unifebe.edu.br

Pedro Valentim Eccher
Graduando de Psicologia pelo Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE). E-mail: pedro_eccher@unifebe.edu.br

Ritiele Maria Zen
Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário de Brusque - UNIFEBE. E-mail: ritielemariazen@gmail.com

Simoni Urnau Bonfiglio
Psicóloga. Mestre em Educação – pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Educação Ciência e Tecnologia (PPGECT/UFSC). Docente no Centro Universitário de Brusque –UNIFEBE. E-mail: simonibon7@gmail.com

Thaís Aparecida Pereira de Andrade
Psicóloga formada UNIBEBE. E-mail: thaisaparecida-martinhago@gmail.com.br

Valdecir Paves
Psicólogo - UNIBEBE. E-mail: valdecir_pavesi@hotmail.com

Yohanna Cunha Zibell
Graduanda de Psicologia pelo Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE). E-mail: yohannacunha@unifebe.edu.br

Editora UNIFEBE
Fundação Educacional de Brusque
Centro Universitário de Brusque
Endereço: Rua Dorval Luz, 123 - Bloco C - Sala 12
Bairro Santa Terezinha - Brusque - SC
CEP: 88352-400
Caixa Postal: 1501
Telefone: (47) 3211-7207
Site: www.unifebe.edu.br
E-mail: editora@unifebe.edu.br

Psicologia: Novos Contextos e Perspectivas na Contemporaneidade

A atuação profissional do psicólogo é marcada pela diversidade de contextos, perspectivas teóricas e possibilidades práticas, entretanto, encontramos como representação da psicologia no senso comum, uma única atividade, a clínica. A primeira concepção ou imagem de um psicólogo se relaciona ao consultório particular, um profissional solitário e silencioso. Desta forma, o presente livro objetiva desmistificar o exercício profissional e suas possibilidades de atuação por meio de três abordagens teóricas, Psicanálise, Psicologia Analítica e Gestatl Terapia. Articuladas com temáticas, experiências e discussões que ultrapassam a clínica particular e permitem uma reflexão e ressignificação dos dispositivos e do fazer do psicólogo em seus mais variados contextos.

EDITORA UNIFEBE

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-98713-23-6
9 788598 713236