

Maria de Fátima Aveiro Colares
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Ana Carolina Garcia Braz
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Silvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (Orgs.)

PSICOLOGIA: FACETAS EM DESENVOLVIMENTO

Coleção Ciência e Desenvolvimento
74

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



DOI 10.29327/5898175

**Maria de Fátima Aveiro Colares
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Ana Carolina Garcia Braz
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (Orgs.)**

PSICOLOGIA: facetas em desenvolvimento

ISBN 978-65-84409-25-5

**FRANCA
Uni-FACEF
2026**

Corpo Diretivo

REITOR

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

VICE-REITOR

Prof. Dr. João Baptista Comparini

PRÓ-REITOR DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Dr. Flávio Henrique de Oliveira Costa

PRÓ-REITORA ACADÊMICA

Prof^a Dr^a Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO, CULTURA E DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Prof^a. Dr^a Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO e COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*

Prof. Dr. Sílvio Carvalho Neto

COORDENADORA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

Prof^a. Dr^a. Marinês Santana Justo Smith

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Me. Cyro de Almeida Durigan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Prof. Dr. Orivaldo Donzelli

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – Publicidade e Propaganda

Prof. Ma. Fúlvia Nassif Jorge Facury

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Prof^a. Dr^a. Márcia Aparecida Giacomini

CHEFE DE DEPARTAMENTO DOS CURSOS DE ENGENHARIA CIVIL E ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Prof. Dnd. Anderson Fabrício Mendes

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE LETRAS

Prof^a Dr^a Maria Eloísa de Souza Ivan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MATEMÁTICA

Prof^a. Dr^a Sílvia Regina Viel

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MEDICINA

Prof. Dr. Frederico Alonso Sabino de Freitas

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE PSICOLOGIA

Prof^a Dr^a Maria de Fátima Aveiro Colares

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE COMPUTAÇÃO

Prof. Dr. Daniel Facciolo Pires

Comissão Científica

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)
Ana Carolina Braz Garcia (Uni-FACEF)
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)
Daniel Facciolo Pires (Uni-FACEF)
Lívia Maria Lopes Gazaffi (Uni-FACEF)
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)
Maria Eloísa de Souza Ivan (Uni-FACEF)
Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni (UNESP)
Janise Braga Barros Ferreira (USP-RP)
Mário Luís Ribeiro Cesaretti (UNIFESP / PUC SP)
Sílvio Carvalho Neto (Uni-FACEF)
Marisa Afonso Andrade Brunherotti (Universidade de Franca)
João Nery Giorgetti (Unidade Regional de Ensino – SP)
Aurélio Luís da Silva (Unidade Regional de Ensino – SP)

Comissão Organizadora

José Alfredo de Pádua Guerra
João Baptista Comparini
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos
Sílvio Carvalho Neto
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva
Lucas Antônio Santos
Leonardo Carloni Rodrigues Meira
Alba Valéria Penteado Orsolini
Flávio Henrique de Oliveira Costa

Editoração

Laís Caramore Borges
Welton Roberto Silva

© 2026 dos autores
Direitos de publicação Uni-FACEF
www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v. 74

Colares, Maria de Fátima Aveiro (Orgs.)
C649p PSICOLOGIA: FACETAS EM DESENVOLVIMENTO. / Maria de Fátima Aveiro Colares; Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira; Ana Carolina Garcia Braz; Daniel Facciolo Pires; Marinês Santana Justo Smith; Silvia Regina Viel; Welton Roberto Silva (Orgs.). – Franca: Uni-FACEF; 2026.
224p.; il.

ISBN Coleção 978-85-5453-017-4
ISBN Volume 978-65-84409-25-5
DOI 10.29327/5898175

1.Multidisciplinar - Fórum. 2. Iniciação Científica. 3.Pesquisa.
4.Metodologia. I.T.

CDD 150

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (lei no. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código Penal. **Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade exclusiva de seus autores.**

Editora Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca
Associada à ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

PREFÁCIO

O 74º volume deste e-book é um fruto profícuo produzido a partir das produções científicas apresentadas no *XX Fórum de Estudos Multidisciplinares*. Este evento abarcou simultaneamente o *XX Congresso de Iniciação Científica*, o *XV Encontro de Iniciação à Docência*, o *XIV Encontro de Iniciação Tecnológica e Inovação*, o *VI Encontro do ENPET*, e o *V Encontro da Iniciação Científica Júnior*.

Nesta edição, estão reunidas treze contribuições de pesquisadores, que atravessam fronteiras entre várias abordagens teóricas da psicologia, educação, neurociências, psicopatologia e sociedade, estabelecendo um panorama rico e diferenciado sobre os modos de pensar o sujeito em suas relações com o saber, o cuidado e a cultura. Os trabalhos, embora distintos em suas abordagens, convergem para uma reflexão central: o desenvolvimento humano se desenha na interseção entre processos intrapsíquicos, contextos de vida e práticas de cuidado, que apresentam uma diversidade de experiências que modulam possibilidades de reconhecimento, elaboração de novos significados da vida psíquica contemporânea, simbolização e mudanças subjetivas consistentes.

Alguns artigos exploram a psicologia clínica sob a lente psicodinâmica (psicanalítica, junguiana) destacando a importância dos vínculos, das estruturas subjetivas e da intrusão de experiências adversas na constituição do ser, além do entrelaçamento reflexivo entre o uso da medicação e diagnóstico, e suas implicações simbólicas à ancoragem teórico-clínica de traumas, repetição e defesa. Outros artigos problematizam não apenas os transtornos, mas o modo como a sociedade concebe e atua sobre o sofrimento psíquico em várias faixas etárias, propondo um diálogo entre teoria e prática, com foco no cuidado e na ética.

A formação de profissionais em psicologia é outro eixo claro. O estudo sobre a observação de bebês propõe uma internalização de práticas psicanalíticas como a observação, a escuta, a presença afetiva e a compreensão de dinâmicas inconscientes desde os primeiros vínculos, como ponto fundamental da formação do psicoterapeuta. Em paralelo, há artigos que evidenciam como a arte, em especial o cinema, pode funcionar como dispositivo de leitura de processos psíquicos complexos, acessíveis tanto a psicólogos e pesquisadores, quanto a educadores e famílias. Na perspectiva grupal sociodramática, há autores que contemplam reflexões sobre os conflitos interpessoais na adolescência, que ampliam a conversa para o espaço comunitário e escolar, sugerindo que as dificuldades relacionais podem ser vistas como oportunidades de repensar a realidade pedagógica e criar caminhos para a retomada da aprendizagem e desenvolvimento subjetivo e social.

A educação, a neurociência, o comportamento e a cognição aparecem com força nos artigos que exploram o aprendizado através de desenhos animados educativos e a influência da ansiedade em parâmetros oculomotores, respectivamente. Esses estudos mostram e questionam como práticas lúdicas, experiência humana e procedimentos mediados por tecnologia podem sustentar a

aprendizagem, a função executiva, e ao mesmo tempo evidenciar que o estado emocional modula processos perceptivos e motores, além de fortalecerem a concepção da importância de aprendizagem que respeitem a diversidade de ritmos e estilos cognitivos.

Entre os temas sociais e familiares, destacam-se o impacto da depressão pós-parto, as dinâmicas de famílias e apoio social na presença de condições como a Síndrome de Down e a relação entre envelhecimento ativo e prevenção de demências. Esses trabalhos reforçam a ideia de que o cuidado não é apenas uma intervenção individual, mas abarca uma rede de apoios, políticas públicas e práticas interdisciplinares que fortalecem vínculos, autonomia e qualidade de vida ao longo da vida.

Finalmente, a qualidade e relevância dessas contribuições residem não apenas na variedade de temas, mas na qualidade metodológica subjacente: revisões bibliográficas críticas, estudos qualitativos, análises teóricas e abordagens com vários enfoques analíticos que valorizam a ética, a transparência e a cientificidade, além de fomentar diálogos entre áreas e estimular pesquisas futuras.

Convidamos os leitores pesquisadores, profissionais, estudantes e formuladores de políticas públicas em todos os setores, a dialogarem com estes autores e com os resultados de suas pesquisas. Reconhecemos que alguns trabalhos configuram estudos exploratórios, contudo integram uma gama de reflexões que nos aproxima de realidades e experiências humanas.

Agradecemos às equipes de autores e às instituições que apoiaram este esforço de sistematizar conhecimento em torno de temas tão caros ao bem-estar humano. Que esta edição fomente colaborações interdisciplinares, curiosidade, rigor e empatia na pesquisa científica e na aplicação prática, abrindo caminhos para as próximas edições e para a contínua construção de saberes que contribuam para uma sociedade mais informada, justa e saudável.

Prof^a Dr^a Irma Helena Ferreira Benate Bomfim
Docente do Uni-FACEF - Centro Universitário Municipal de Franca

SUMÁRIO

A ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA: uma análise psicodinâmica a partir do filme Divertida Mente 2	9
A DRAMATIZAÇÃO E A VIOLÊNCIA SEXUAL DO IDOSO: Dr Roger Abdelmassih..	21
A ESCOLHA POR PSICOLOGIA E O ARQUÉTIPO DO CURADOR FERIDO: a visão por trás da atuação de psicólogos clínicos.....	34
A FILHA QUIETA: uma perspectiva psicanalítica sobre o silêncio interior e a retração afetiva.....	55
A INFLUÊNCIA DOS TRAUMAS INFANTIS NO DESENVOLVIMENTO DE SERIAL KILLERS: uma revisão bibliográfica	66
A OBSERVAÇÃO DE BEBÊS NA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA: um estudo a partir da experiência de estágio.....	80
ANDREW LAEDDIS: uma análise sob a perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental e da Psicopatologia.....	107
CONFLITOS INTERPESSOAIS NA ADOLESCÊNCIA: Uma Revisão Narrativa sob a Ótica Sociodramática	122
CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN: dia a dia dos pais perante o diagnóstico	136
EFEITOS DA ANSIEDADE NOS PARÂMETROS OCULOMOTORES: latência de saccades e tempo de reação visual	146
ENTRE A PÍLULA E O DIAGNÓSTICO: uma análise da significação da relação indivíduo-remédio, reflexões psicanalíticas.....	162
O IMPACTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ: desafios e consequências a longo prazo	183
DEMÊNCIAS NA TERCEIRA IDADE: como a prática de atividades físicas pode retardar seu desenvolvimento	203
ÍNDICE	224

A ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA: uma análise psicodinâmica a partir do filme Divertida Mente 2

Aparecida das Graças Figueiredo
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
bolandobolos@hotmail.com

Rafaela Costa Rodrigues
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
rafaellacrodrigues@icloud.com

Adriana Aparecida Silvestre Gera-Ribeiro
Mestre em Psicologia – Uni-FACEF
dracaasg@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A compreensão dos fenômenos psíquicos, na perspectiva psicodinâmica, parte do pressuposto de que a vida mental é atravessada por conflitos inconscientes entre desejos, afetos e exigências da realidade. Nesse contexto, Freud (1996) concebe a ansiedade como um “sinal de perigo”, produzido pelo ego diante de situações percebidas como ameaçadoras, funcionando como um mecanismo de alerta que mobiliza defesas psíquicas e visa à preservação do equilíbrio interno.

Embora exerça função protetiva, a ansiedade pode assumir diferentes níveis de complexidade ao longo do desenvolvimento humano. Na adolescência, esse fenômeno adquire especial relevância, por se tratar de um período marcado por intensas transformações psíquicas, reorganizações identitárias e maior sensibilidade às experiências relacionais, o que torna o sujeito particularmente vulnerável a estados de instabilidade emocional.

Erikson (1976) descreve essa fase como o momento do conflito entre identidade e confusão de papéis, no qual o sujeito é convocado a integrar experiências passadas, demandas sociais e projeções de futuro em uma narrativa relativamente coerente de si. Trata-se de um processo dinâmico e não linear, atravessado por dúvidas, rupturas e reconstruções subjetivas, no qual a identidade se constitui em permanente negociação.

Autores como Eizirik, Aguiar e Schestatsky (2015) ampliam essa compreensão ao relacionar a ansiedade a experiências de insegurança, medo de

perda de vínculos e sentimentos de desamparo. Nessa perspectiva, a ansiedade deixa de ser compreendida apenas como um sintoma isolado e passa a ser entendida como um elemento que participa da organização do funcionamento psíquico, sinalizando tensões e exigências que incidem sobre o sujeito.

As contribuições de Winnicott (1983) e Melanie Klein (1991) aprofundam essa discussão ao enfatizarem o papel das relações precoces e da qualidade do ambiente na constituição do self. Tais abordagens permitem compreender a ansiedade não apenas como um fenômeno intrapsíquico, mas também como expressão das relações do sujeito com o outro e com seus objetos internos, evidenciando sua dimensão relacional e desenvolvimental.

Nesse sentido, a adolescência pode ser compreendida como um período no qual a ansiedade se intensifica diante das exigências de pertencimento, reconhecimento e construção da identidade, funcionando como um indicador das dificuldades de integração entre mundo interno e realidade externa (Erikson, 1976).

Diante disso, a análise de produções culturais, especialmente o cinema, configura-se como um recurso relevante para a compreensão simbólica da experiência psíquica contemporânea. O filme *Divertida Mente 2* apresenta-se, nesse contexto, como um campo fértil para investigar a ansiedade na adolescência e seus impactos na constituição da identidade. Nesse cenário, torna-se necessário compreender como tais processos se expressam simbolicamente em produções culturais que, ao organizar narrativas sobre a experiência emocional, funcionam como mediadores privilegiados da vida psíquica na contemporaneidade.

Dessa forma, o objetivo geral deste estudo é analisar a representação da ansiedade na adolescência sob a perspectiva psicodinâmica, a partir do filme *Divertida Mente 2*. Como objetivos específicos, busca-se: (a) compreender a ansiedade como elemento estruturante do funcionamento psíquico; (b) discutir sua relação com o processo de construção da identidade na adolescência; e (c) interpretar, à luz da psicodinâmica, os elementos simbólicos presentes na narrativa cinematográfica.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter bibliográfico, articulada à análise interpretativa de conteúdo fílmico. A escolha por

esse delineamento justifica-se pelo interesse em compreender a ansiedade na adolescência a partir de seus significados e expressões simbólicas, considerando a complexidade dos processos psíquicos envolvidos (Minayo, 2014).

O referencial teórico fundamenta-se na abordagem psicodinâmica, com base nas contribuições de Freud (1996), Erikson (1976), Winnicott (1983), Melanie Klein (1991) e Eizirik, Aguiar e Schestatsky (2015), possibilitando a articulação entre dimensões intrapsíquicas, desenvolvimentais e relacionais na compreensão da ansiedade.

A análise do filme *Divertida Mente 2* (Mann, 2024) foi realizada a partir da seleção de cenas consideradas significativas para a compreensão dos fenômenos psíquicos investigados, especialmente aquelas relacionadas à emergência da ansiedade, às dinâmicas emocionais da protagonista e aos processos de organização e desorganização do self. Como procedimento analítico, adotou-se uma leitura interpretativa, na qual os elementos simbólicos da narrativa cinematográfica foram relacionados aos conceitos da psicodinâmica, promovendo uma compreensão articulada entre teoria e representação fílmica, conforme a proposta de interpretação de significados na pesquisa qualitativa (Minayo, 2014).

O uso do cinema como fonte de análise justifica-se por seu potencial de representar simbolicamente processos psíquicos complexos, permitindo a articulação entre conceitos teóricos e experiências subjetivas. Conforme aponta Minayo (2014), a pesquisa qualitativa possibilita a interpretação de significados e a compreensão de fenômenos em sua dimensão subjetiva, o que reforça a pertinência da utilização de produções culturais como material de investigação.

3. AS TEORIAS PSICODINÂMICAS

A compreensão da ansiedade neste estudo é sustentada pela articulação entre três dimensões teóricas: o intrapsíquico (Freud), o desenvolvimental (Erikson) e o relacional-ambiental (Winnicott e Melanie Klein). Essa integração permite uma leitura ampliada do fenômeno, considerando tanto aspectos internos quanto contextuais do funcionamento psíquico.

3.1 Ansiedade na perspectiva psicodinâmica

Na tradição psicodinâmica, a ansiedade ocupa lugar central na compreensão do funcionamento psíquico, sendo concebida não apenas como um sintoma, mas como um elemento estruturante da vida mental. Para Freud (1996), a ansiedade constitui um “sinal de perigo”, produzido pelo ego diante de situações percebidas como ameaçadoras, com a função de mobilizar mecanismos de defesa e preservar o equilíbrio psíquico.

Freud (1996) distingue diferentes modalidades de ansiedade: realista, neurótica e moral, evidenciando a complexidade desse fenômeno. A ansiedade realista refere-se a perigos externos concretos, funcionando como resposta adaptativa. A ansiedade neurótica, por sua vez, relaciona-se ao medo de que impulsos inconscientes escapem ao controle do ego, gerando conflitos internos. Já a ansiedade moral está vinculada às exigências do superego, manifestando-se por meio de sentimento de culpa e temor diante da transgressão de normas internalizadas (Freud, 1996).

Nesse sentido, a ansiedade pode ser compreendida como expressão da tensão entre as instâncias psíquicas: id, ego e superego, refletindo os conflitos inerentes ao funcionamento mental. Sua função sinalizadora permite ao ego antecipar situações de risco e acionar defesas como repressão, negação e deslocamento. Entretanto, quando tais mecanismos se tornam rígidos ou insuficientes, a ansiedade pode assumir caráter desorganizador, comprometendo a capacidade de elaboração psíquica (Eizirik; Aguiar; Schestatsky, 2015).

Ao longo do desenvolvimento, a forma como o sujeito vivencia e elabora a ansiedade relaciona-se diretamente à qualidade de suas experiências emocionais e vinculares. Nesse ponto, contribuições posteriores ampliam a compreensão freudiana. Winnicott (1983) desloca o foco para a dimensão ambiental, destacando que estados ansiosos podem emergir de falhas na sustentação emocional. Quando o ambiente não é suficientemente acolhedor, o indivíduo tende a desenvolver organizações defensivas que comprometem a continuidade do self (Winnicott, 1983).

De modo complementar, Klein (1991) enfatiza a presença de ansiedades primitivas desde os primeiros momentos do desenvolvimento, associadas às relações objetais iniciais. Tais ansiedades, relacionadas ao medo de

perda do objeto e à vivência de impulsos agressivos, são marcadas por intensa ambivalência e permanecem ativas ao longo da vida, sendo reativadas em momentos de instabilidade psíquica.

Assim, segundo Eizirik, Aguiar e Schestatsky (2015), a ansiedade configura-se como um fenômeno multifacetado, que articula dimensões intrapsíquicas, relacionais e desenvolvimentais. Mais do que um indicativo de sofrimento, ela desempenha função organizadora do psiquismo, atuando como marcador dos conflitos e das exigências que atravessam o sujeito. Na adolescência, essa dinâmica torna-se particularmente evidente, dada a intensidade das transformações internas e externas que demandam constante reorganização psíquica.

3.2 Desenvolvimento da identidade na adolescência

A adolescência constitui um período de profundas transformações, no qual o sujeito é convocado a reconstruir sua identidade diante de novas exigências internas e externas. Segundo Erikson (1976), essa etapa é marcada pelo conflito entre identidade e confusão de papéis, no qual o indivíduo busca consolidar uma imagem coerente de si. Esse processo envolve a integração de diferentes dimensões da experiência: história pessoal, vínculos afetivos, expectativas sociais e projetos futuros. No entanto, essa integração não ocorre de forma estável, sendo atravessada por dúvidas, experimentações e oscilações emocionais.

A necessidade de pertencimento assume papel central nesse período, tornando o adolescente especialmente sensível ao olhar do outro. A validação social passa a funcionar como um espelho simbólico, através do qual o sujeito tenta reconhecer a si mesmo. Quando esse reconhecimento falha ou se mostra instável, emergem sentimentos de inadequação, insegurança e ansiedade. Nesse contexto, a identidade não é apenas construída internamente, mas também negociada nas relações sociais. O sujeito oscila entre o desejo de autenticidade e a necessidade de adaptação, buscando equilibrar suas inclinações pessoais com as expectativas do meio (Erikson, 1976).

Essa tensão constante favorece a emergência da ansiedade, que passa a operar como um indicador das dificuldades de integração entre mundo interno e realidade externa. Assim, a ansiedade não é um elemento estranho ao

processo identitário, mas parte constitutiva dele, sinalizando os desafios envolvidos na construção de si (Eizirik; Aguiar; Schestatsky, 2015).

3.3 Contribuições de Winnicott e Melanie Klein

As contribuições de Donald Winnicott e Melanie Klein ampliam de forma significativa a compreensão do desenvolvimento emocional ao deslocarem o foco exclusivamente intrapsíquico para as relações iniciais e para a qualidade do ambiente na constituição do sujeito. Nessa perspectiva, o psiquismo deixa de ser concebido como uma estrutura previamente dada e passa a ser entendido como uma construção progressiva, realizada na relação com o outro (Winnicott, 1983).

Winnicott (1983) destaca que a constituição de um self integrado depende da presença de um ambiente suficientemente bom, capaz de oferecer sustentação emocional ao sujeito, especialmente nos estágios iniciais do desenvolvimento. Esse ambiente, inicialmente representado pela figura materna ou cuidadora, exerce a função de acolher, proteger e responder de forma sensível às necessidades do indivíduo. A partir dessa experiência, torna-se possível o desenvolvimento de um sentimento de continuidade do ser, condição fundamental para a construção de uma identidade coesa.

Nesse contexto, o autor diferencia o verdadeiro self do falso self. O verdadeiro self está associado à espontaneidade, à autenticidade e à capacidade de expressão dos próprios desejos e afetos. Já o falso self configura-se como uma organização defensiva, que emerge quando o ambiente falha em reconhecer e sustentar a experiência subjetiva do indivíduo. Nessa condição, o sujeito passa a se adaptar excessivamente às expectativas externas, organizando seu comportamento a partir do olhar do outro, o que pode gerar sensação de vazio, alienação e intensificação da ansiedade (Winnicott, 1983).

Em diálogo com essa perspectiva, Melanie Klein (1991) enfatiza o papel das relações objetais e das ansiedades primitivas na constituição da vida psíquica. Para a autora, desde os primeiros momentos de vida, o sujeito vivencia relações marcadas por intensa ambivalência, nas quais sentimentos de amor e agressividade coexistem em relação ao mesmo objeto.

A autora descreve dois modos fundamentais de organização psíquica: a posição esquizoparanóide e a posição depressiva. Na posição esquizoparanóide,

predominam mecanismos como a cisão, por meio dos quais o objeto é dividido entre “bom” e “mau”, como forma de lidar com a ansiedade persecutória. Já na posição depressiva, o sujeito passa a integrar esses aspectos, reconhecendo a complexidade do objeto, o que implica o surgimento de sentimento de culpa, responsabilidade e preocupação com o outro (Klein, 1991).

Esses modos de funcionamento não devem ser compreendidos como etapas rígidas, mas como posições psíquicas que podem ser reativadas ao longo da vida, especialmente em momentos de instabilidade emocional (Klein, 1991). Na adolescência, as transformações psíquicas e relacionais tendem a intensificar essas dinâmicas, favorecendo tanto processos de fragmentação quanto movimentos de integração do self.

Sendo assim, Eizirik, Aguiar e Schestatsky (2015) pontuam que a articulação entre as contribuições de Winnicott e Klein permite compreender a ansiedade não apenas como resposta a conflitos internos, mas como expressão das relações do sujeito com seu ambiente e com seus objetos internos. Desse modo, o desenvolvimento emocional depende não apenas de condições intrapsíquicas, mas também das experiências relacionais que possibilitam a elaboração dos afetos.

3.4 Ansiedade, contemporaneidade e cultura

A compreensão da ansiedade na adolescência, na contemporaneidade, exige considerar os atravessamentos culturais e sociais que incidem sobre a constituição subjetiva. Conforme apontam Eizirik, Aguiar e Schestatsky (2015), os processos psíquicos não se produzem de forma isolada, mas em constante diálogo com o contexto histórico e social.

Nesse cenário, a adolescência passa a ser atravessada por demandas crescentes de desempenho, reconhecimento e pertencimento. O sujeito adolescente é constantemente convocado a construir uma identidade relativamente estável em meio à instabilidade e à multiplicidade de referências, o que tende a intensificar estados ansiosos, sobretudo pela ampliação da necessidade de validação externa e da preocupação com a própria imagem (Eizirik; Aguiar; Schestatsky, 2015).

Assim, a ansiedade pode ser compreendida não apenas como resposta a conflitos internos, mas também como expressão de exigências culturais que incidem sobre o sujeito. A pressão por aceitação social, o medo de exclusão e a

busca por reconhecimento tornam-se elementos organizadores da experiência psíquica, especialmente em um período em que a identidade ainda se encontra em construção.

Sob a perspectiva psicodinâmica, esse contexto pode favorecer a intensificação de mecanismos defensivos, como o falso self, descrito por Winnicott (1983, p. 145). Diante de um ambiente percebido como exigente ou pouco acolhedor, o sujeito tende a se adaptar às expectativas externas, organizando sua identidade a partir do olhar do outro. Tal movimento, embora favoreça a inserção social, pode comprometer a espontaneidade e a autenticidade, contribuindo para o aumento da ansiedade.

Além disso, a dificuldade de sustentar uma identidade coesa em um contexto de múltiplas exigências pode fragilizar os processos de simbolização. Conforme apontam Eizirik, Aguiar e Schestatsky (2015), quando o sujeito não consegue elaborar simbolicamente suas experiências, o sofrimento psíquico tende a se intensificar, podendo manifestar-se de forma difusa ou somática.

A valorização cultural de padrões de sucesso, desempenho e visibilidade contribui, ainda, para a amplificação de sentimentos de inadequação e insuficiência, especialmente entre adolescentes. Nesse contexto, a ansiedade deixa de ocupar um lugar pontual e passa a assumir uma posição mais central na organização do funcionamento psíquico, influenciando a forma como o sujeito se percebe e se relaciona com o mundo (Eizirik; Aguiar; Schestatsky, 2015).

Dessa forma, compreender a ansiedade na adolescência implica articular dimensões intrapsíquicas, relacionais e culturais, reconhecendo que o sofrimento psíquico não se produz de maneira isolada, mas em constante diálogo com o contexto social.

4. ANÁLISE DO FILME

4.1 A emergência da ansiedade na adolescência

No filme *Divertida Mente 2* (Mann, 2024), a introdução da ansiedade simboliza a transição de Riley para a adolescência e a consequente ampliação de sua vida psíquica, podendo ser compreendida à luz da concepção freudiana de ansiedade como “sinal de perigo” (Freud, 1996) e do processo de reorganização identitária descrito por Erikson (1976). A nova emoção não surge como elemento

isolado, mas como expressão das transformações internas características desse período do desenvolvimento.

A ansiedade passa a operar como um mecanismo de antecipação de riscos, evidenciando preocupações relacionadas ao futuro, à identidade e ao pertencimento social. Diferentemente das emoções anteriormente predominantes, sua atuação desloca o foco da experiência imediata para projeções e possibilidades, marcando uma inflexão no modo de funcionamento psíquico (Eizirik; Aguiar; Schestatsky, 2015).

Esse movimento representa uma mudança qualitativa significativa, na qual a vivência do presente passa a ser constantemente atravessada por expectativas e cenários futuros, intensificando o campo de tensão interna e ampliando a complexidade da experiência emocional.

4.2 Busca por aprovação e falso self

Ao longo da narrativa, Riley modifica seu comportamento com o objetivo de se adequar ao grupo social, evidenciando o conflito entre autenticidade e pertencimento. Suas atitudes passam a ser orientadas não apenas por desejos próprios, mas pela necessidade de aceitação e reconhecimento por parte dos outros, aspecto central no processo identitário descrito por Erikson (1976).

Sob a perspectiva de Winnicott (1983), esse processo pode ser compreendido como manifestação do falso self, no qual o sujeito organiza sua conduta a partir de expectativas externas, em detrimento da expressão espontânea de si. Trata-se de uma forma de adaptação que, embora favoreça a inserção social, implica um certo afastamento da experiência subjetiva autêntica.

Esse movimento evidencia não apenas uma estratégia de adaptação social, mas também uma tentativa de manutenção do vínculo afetivo, ainda que à custa da espontaneidade e da continuidade do self.

4.3 Crise de ansiedade e desorganização emocional

A crise de ansiedade apresentada no filme pode ser compreendida como uma ruptura na capacidade de simbolização, na qual o excesso de afeto não encontra vias psíquicas adequadas de elaboração. Nesse contexto, o sofrimento

ultrapassa o campo representacional e passa a se expressar também no corpo, conforme discutem Eizirik, Aguiar e Schestatsky (2015).

Segundo esses autores, quando o afeto não é simbolizado, ele pode manifestar-se de forma somática (Eizirik; Aguiar; Schestatsky, 2015). No caso de Riley, observa-se a intensificação de sentimento de culpa, medo de rejeição e temor de perda de vínculo, que se organizam de maneira difusa e pouco elaborada.

Assim, o corpo assume uma função expressiva diante da falha simbólica, funcionando como via de descarga do excesso emocional, evidenciando os limites momentâneos da capacidade de integração psíquica.

4.4 Desintegração e reorganização do self

O predomínio da ansiedade no funcionamento psíquico de Riley conduz a um enfraquecimento da integração emocional, resultando em um estado de fragmentação do self. Nesse cenário, outras emoções tornam-se secundárias, comprometendo a capacidade de elaborar experiências de maneira mais ampla e complexa.

A identidade, anteriormente organizada de forma relativamente estável, passa a ser dominada por conteúdos ansiosos, marcados por autocrítica, antecipação de fracassos e medo de rejeição, o que pode ser compreendido à luz das dificuldades de integração psíquica descritas por Eizirik, Aguiar e Schestatsky (2015).

Sob a perspectiva de Winnicott (1983), essa desintegração pode ser compreendida como uma falha na sustentação do self, na qual o sujeito perde, ainda que temporariamente, a capacidade de manter uma continuidade interna. Já à luz de Melanie Klein (1991), observa-se a intensificação de mecanismos primitivos, como a cisão, que dificultam a integração de aspectos positivos e negativos da experiência.

Entretanto, o filme também evidencia a possibilidade de reorganização psíquica. A reintegração das emoções sinaliza um movimento de ampliação da capacidade de simbolização, no qual o sujeito passa a reconhecer, sustentar e integrar diferentes aspectos de sua experiência emocional.

Esse processo indica que a saúde psíquica não se define pela ausência de conflitos ou de ansiedade, mas pela capacidade de elaborá-los e integrá-los (Eizirik; Aguiar; Schestatsky, 2015). A ansiedade, nesse sentido, deixa de

ocupar uma posição dominante e passa a ser reinserida como parte de um funcionamento emocional mais equilibrado.

4.5 Elementos simbólicos

O filme utiliza recursos visuais para representar processos psíquicos complexos, como a sala de controle e a codificação cromática das emoções. Tais elementos operam como dispositivos simbólicos que traduzem, em linguagem acessível, dinâmicas internas abstratas.

Essas construções visuais funcionam como metáforas do funcionamento mental, permitindo a visualização de processos descritos pela abordagem psicodinâmica como conflito, integração e desorganização psíquica, aproximando-se da noção de representação simbólica discutida por Freud (1996). Dessa forma, o filme não apenas ilustra conceitos teóricos, mas também os transforma em experiências narrativas, favorecendo sua compreensão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do filme *Divertida Mente 2* evidencia que a ansiedade, na adolescência, desempenha um papel central na organização psíquica e na construção da identidade. Longe de ser compreendida apenas como um sintoma ou manifestação patológica, a ansiedade revela-se como um fenômeno estruturante, intrinsecamente ligado aos processos de desenvolvimento emocional, conforme discutido na tradição psicodinâmica (Freud, 1996; Eizirik; Aguiar; Schestatsky, 2015).

Nesse sentido, observa-se que a ansiedade pode assumir tanto uma função organizadora quanto desorganizadora do psiquismo, a depender da forma como é elaborada pelo sujeito. Quando integrada, contribui para a ampliação da capacidade reflexiva e para a adaptação às exigências da realidade; quando predominante ou não simbolizada, pode comprometer a integração emocional e favorecer formas defensivas mais rígidas de funcionamento (Eizirik; Aguiar; Schestatsky, 2015).

O artigo demonstra, ainda, a relevância do cinema como ferramenta de compreensão simbólica dos processos psíquicos, ao possibilitar a representação de dinâmicas internas complexas por meio de elementos narrativos e visuais. Nesse

contexto, o filme analisado atua como mediador entre teoria e experiência subjetiva, favorecendo a leitura e a interpretação dos conflitos emocionais característicos da adolescência.

Pontua-se, portanto, que a saúde mental nesse período não está relacionada à eliminação da ansiedade, mas à capacidade de reconhecê-la, elaborá-la e integrá-la ao funcionamento psíquico. Trata-se de sustentar a tensão entre afetos, sem que um único elemento passe a dominar a experiência subjetiva, o que dialoga com a noção de integração do self proposta por Winnicott (1983).

Por fim, destaca-se a relevância das teorias psicodinâmicas como referencial teórico para a compreensão da adolescência, ao permitir uma leitura aprofundada dos processos internos e relacionais que constituem o sujeito. Do mesmo modo, ressalta-se a importância das produções culturais como dispositivos de reflexão sobre o sofrimento psíquico contemporâneo, ampliando as possibilidades de compreensão e intervenção nesse campo.

REFERÊNCIAS

DIVERTIDA MENTE 2. Direção: Kelsey Mann. Roteiro: Meg LeFauve, Dave Holstein. Produção: Mark Nielsen. Co-produção: Pixar Animation Studios. Intérpretes: Amy Poehler, Phyllis Smith, Lewis Black e outros. Estados Unidos: Walt Disney Pictures, 2024. (96 min., son., color., animação).

EIZIRIK, Cláudio Laks; AGUIAR, Ricardo W.; SCHESTATSKY, Sílvia S. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

ERIKSON, Erik H. *Identidade: juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FREUD, Sigmund. *O ego e o id* (1923). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19.

FREUD, Sigmund. *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 20.

KLEIN, Melanie. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

WINNICOTT, Donald W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

A DRAMATIZAÇÃO E A VIOLÊNCIA SEXUAL DO IDOSO: Dr Roger Abdelmassih

Maria Clara Bassalo Basso
Graduanda Psicologia Uni-FACEF mcbbasso@hotmail.com

Sofia Muniz Alves Gracioli
Professora Uni-FACEF- Doutora FFCLRP-USP
sofiagracioli@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A discussão sobre o estigma da velhice evidencia como a sociedade constrói a imagem do idoso a partir da deterioração e da perda de valor social. Estudos sobre a “ameaça do estereótipo etário” mostram que a exposição a crenças negativas pode levar o idoso a internalizar essas expectativas, afetando sua autoestima e engajamento social. Assim, comportamentos interpretados socialmente como “vitimização” ou “dramatização” da velhice podem, muitas vezes, ser compreendidos como efeitos psicológicos e sociais da estigmatização. Comportamentos vistos como vitimização podem, muitas vezes, refletir os efeitos da estigmatização, embora em alguns casos os idosos possam mobilizar estereótipos de fragilidade para obter atenção ou benefícios.

Embora a sociedade associe a velhice à diminuição da sexualidade e da agressividade, alguns idosos podem envolver-se em comportamentos sexuais abusivos, frequentemente relacionados a alterações cognitivas ou dificuldades de controle emocional. Nesses casos, a dramatização pode funcionar como manipulação social ou emocional, explorando percepções de fragilidade próprias ou de terceiros, evidenciando que o estigma que reduz o idoso a um papel passivo não reflete toda a realidade do envelhecimento.

Ademais, o médico Roger Abdelmassih recebeu uma denúncia e ganhou grande repercussão após a publicação de uma reportagem no jornal Folha de S. Paulo, em janeiro de 2009. A matéria revelou que o médico, conhecido por seu trabalho na área de fertilização in vitro, estava sendo investigado por supostos crimes sexuais relatados por ex-pacientes e por uma ex-funcionária de sua clínica.

Dessa forma, a imagem de fragilidade e confiança muitas vezes associada às pessoas idosas nem sempre corresponde à realidade e pode até ser usada para manipulação. O caso do médico Roger Abdelmassih evidencia essa situação, já que mais de 35 mulheres denunciaram abusos cometidos contra pacientes em situação de vulnerabilidade emocional. Esses números evidenciam a gravidade do problema e reforçam a importância de discutir abertamente situações de abuso de poder em contextos médicos. Falar sobre esses casos não apenas dá visibilidade às vítimas, mas também contribui para a conscientização social e para o fortalecimento de mecanismos de prevenção e proteção, especialmente em ambientes nos quais há grande assimetria de poder e confiança.

O objetivo deste trabalho é explorar o caso do médico Roger Abdelmassih, que era considerado “milagroso” por ajudar pacientes a engravidar, mas que foi acusado de abusar sexualmente de diversas mulheres. Busca questionar a ideia de que pessoas mais velhas são necessariamente inofensivas ou dignas de total confiança, mostrando como essa percepção pode facilitar situações de manipulação e abuso.

Para tanto, adotou-se como metodologia uma revisão bibliográfica de caráter crítico, fundamentada na análise criteriosa de artigos científicos e conteúdos em formato de podcast que abordam o tema em estudo. Tal abordagem possibilitou as reflexões contemporâneas, contribuindo para uma compreensão mais ampla.

2. A TERCEIRA IDADE: AS EXPECTATIVAS E AS SUAS DIFICULDADES

A terceira idade é uma fase da vida marcada por diversas transformações que envolvem não apenas o corpo, mas também aspectos emocionais e sociais do indivíduo. Nesse período, muitos idosos criam expectativas relacionadas ao bem-estar, à qualidade de vida e à manutenção de sua autonomia, porém também enfrentam dificuldades como limitações físicas, mudanças nas relações familiares e desafios psicológicos. Diante disso, torna-se importante compreender o envelhecimento de forma ampla, considerando todos os fatores que influenciam essa etapa da vida, uma vez que o envelhecimento não envolve apenas mudanças biológicas, mas também desafios emocionais e sociais que influenciam diretamente na qualidade de vida do idoso. (Lima; Brito, 2025)

Um exemplo dessas transformações é o artigo de “A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos” que diz:

Os mecanismos psicológicos de regulação dos relacionamentos sociais apresentam especificidades relacionadas à idade e se diferenciam segundo a natureza do relacionamento. Com o envelhecimento, as redes sociais diminuem e as interações sociais tornam-se menos frequentes, mas os idosos passam a manejar seus relacionamentos de forma a maximizar o apoio, o companheirismo e o conforto emocional e a minimizar as tensões e as dificuldades. As estratégias de que os idosos lançam mão para otimizar suas relações sociais são explicadas pela microteoria de seletividade socioemocional (Scheibe; Carstensen, 2010). Segundo este modelo, ocorre seleção voluntária e adaptativa dos parceiros sociais ao longo da vida adulta e os idosos desempenham papel proativo no investimento emocional em relações que lhes são recompensadoras. (Neri et al., 2013).

Dessa forma, observa-se que, ao longo do envelhecimento, ocorre uma reorganização das relações sociais, na qual os indivíduos tendem a priorizar vínculos considerados mais significativos e emocionalmente satisfatórios. Esse processo está associado à redução da rede social e à diminuição da frequência das interações, ao mesmo tempo em que há maior investimento em relações que proporcionam apoio emocional e estabilidade (Neri et al., 2014).

Além das mudanças nas relações sociais, a terceira idade envolve transformações na forma como o indivíduo percebe a si mesmo e sua trajetória de vida. Nesse contexto, a consciência assume papel relevante, uma vez que o idoso passa a refletir sobre experiências acumuladas, reinterpretando acontecimentos e atribuindo novos significados à sua existência. De acordo com Pereira (2021), esse processo está relacionado ao desenvolvimento de uma percepção mais ampla acerca da realidade e das vivências individuais.

No que se refere à saúde mental, estudos indicam que o envelhecimento pode estar associado a fatores que influenciam o equilíbrio emocional, como perdas, alterações físicas e redução da participação social. Essas condições podem favorecer o surgimento de sintomas como ansiedade, tristeza e desmotivação, especialmente quando associadas à fragilidade das redes de apoio. Nesse sentido, Lima e Brito (2025) destacam que aspectos emocionais e sociais exercem influência direta na qualidade de vida dos idosos.

Outro aspecto relevante refere-se ao envolvimento social, entendido como a participação em atividades e interações interpessoais. A literatura aponta

que a manutenção dessas interações está associada a melhores condições de saúde física e psicológica, além de contribuir para o senso de pertencimento e para a continuidade dos papéis sociais ao longo da vida (Neri et al., 2014).

Diante desse cenário, outro desafio relevante enfrentado na terceira idade refere-se à inclusão digital. Com o avanço acelerado das tecnologias, muitos idosos encontram dificuldades em acompanhar essas mudanças, o que pode gerar um sentimento de exclusão e limitar sua participação social. De acordo com Barbosa et al. (2019), o desenvolvimento tecnológico ocorreu de forma rápida, sem que houvesse um processo gradual de adaptação para a população idosa, resultando em obstáculos no uso de dispositivos como smartphones e computadores.

Nesse contexto, observa-se que as dificuldades não estão relacionadas apenas à falta de acesso, mas também à complexidade das interfaces e à ausência de conhecimentos prévios necessários para a utilização dessas ferramentas. Muitos idosos apresentam limitações no manuseio de aplicativos, na compreensão de símbolos digitais e na realização de tarefas básicas, como enviar mensagens ou acessar informações na internet.

Além disso, fatores como dificuldades de memorização, lentidão no processo de aprendizagem e falta de familiaridade com termos técnicos contribuem para o afastamento dessa população do meio digital. Tais barreiras acabam reforçando a exclusão digital, impactando diretamente na autonomia e na qualidade de vida dos idosos (Barbosa et al., 2019).

Dessa forma, observa-se que, ao longo do envelhecimento, ocorre uma reorganização das relações sociais, na qual os indivíduos tendem a priorizar vínculos considerados mais significativos e emocionalmente satisfatórios. Esse processo está associado à redução da rede social e à diminuição da frequência das interações, ao mesmo tempo em que há maior investimento em relações que proporcionam apoio emocional e estabilidade (Neri et al., 2014). Segundo Neri et al. (2013), os idosos buscam relações que proporcionem “apoio, companheirismo e conforto emocional”.

Nesse contexto, ao tratar das expectativas na terceira idade, é importante destacar que muitos idosos almejam não apenas longevidade, mas também qualidade de vida, autonomia e reconhecimento social. As expectativas estão frequentemente relacionadas à manutenção da independência, ao convívio familiar e à participação ativa na sociedade. De acordo com estudos sobre o

envelhecimento no Brasil, essas aspirações refletem mudanças nas configurações sociais e familiares, que impactam diretamente a forma como o idoso vivencia essa etapa da vida (Neri, 2007).

Outro ponto relevante refere-se à expectativa de inserção e valorização do idoso na sociedade contemporânea. Durante muito tempo, o envelhecimento foi associado à incapacidade e à dependência; no entanto, essa visão tem sido gradualmente desconstruída. Nesse sentido, pode-se afirmar que “A população é sempre culpabilizada pelos problemas e, no nosso século, passa a ser de novo porque vive um pouquinho mais”, afirmou a demógrafa Neide Lopes Patarra, no seminário “Como incluir os excluídos?” (Neri, 2007).

Ademais, as expectativas também estão relacionadas às condições oferecidas pelo Estado e pela sociedade para garantir uma velhice digna. A insuficiência de políticas públicas e o desconhecimento de direitos ainda representam desafios significativos. Sobre isso, destaca-se:

[...] Uma das conclusões com a leitura do livro é que a visão catastrófica advinda do envelhecimento populacional ou a culpabilização são consequências do marasmo de atitudes – sobretudo por parte dos governos – para prevenirem-se em relação a este fenômeno. (Neri, 2007).

Dessa forma, compreender as expectativas da terceira idade implica reconhecer que o envelhecimento é um processo heterogêneo, marcado por diferentes experiências e necessidades. Enquanto alguns idosos vivenciam essa fase com autonomia e participação ativa, outros enfrentam limitações decorrentes de fatores sociais, econômicos e de saúde.

3. O DR. ROGER ABDELMASSIH

A trajetória de Roger Abdelmassih pode ser compreendida a partir de sua formação pessoal, acadêmica e profissional, aspectos que contribuíram para sua ascensão no campo da medicina reprodutiva no Brasil. Nascido em 3 de outubro de 1943, no interior do estado de São Paulo, em uma família de origem libanesa, o médico cresceu em um contexto de valorização social e progressiva ascensão econômica (Profiling, 2022).

Durante sua formação escolar, manteve bom rendimento, o que possibilitou sua aprovação no curso de Medicina. Ao ingressar em instituições de maior competitividade, passou a conviver com um ambiente acadêmico mais exigente, no qual não ocupava mais posição de destaque absoluto entre os alunos, mas manteve sua dedicação aos estudos e formou-se na Unicamp como médico e direcionou sua atuação para a área de urologia, relacionada ao sistema reprodutor masculino (Profiling, 2022).

Um exemplo de características associadas à sua trajetória profissional e sua meta é apresentado no podcast *O Médico e o Monstro: Roger Abdelmassih*: “só se importava em ficar conhecido e gostava de ganhar dinheiro e visibilidade”(Profiling, 2022).

Roger Abdelmassih passou a atuar de forma independente após o período de parceria com Milton Nakamura, estabelecendo sua própria clínica de reprodução assistida em São Paulo. Esse processo marcou a consolidação de sua atuação na área, com a centralização dos atendimentos em seu próprio espaço. Nesse contexto, sua clínica passou a ter grande destaque no cenário nacional, tanto pelo volume de procedimentos quanto pelo perfil dos pacientes atendidos. Conforme apresentado pela Folha de S.Paulo: “Roger Abdelmassih tornou-se o médico que ajuda as celebridades a terem filhos. Por sua clínica, já passaram nomes como Pelé, Gugu Liberato, Tom Cavalcante, Raul Gazolla e Luiza Tomé” (FOLHA DE S. PAULO, 2009). Além disso, observa-se que sua atuação esteve diretamente relacionada ao crescimento da reprodução assistida no Brasil, especialmente no que se refere à fertilização in vitro. Ainda de acordo com a mesma fonte: “Foi responsável pela geração de mais de 7.000 bebês de proveta, um terço do total nascido no Brasil”

(FOLHA DE S. PAULO, 2009).

Além da repercussão na mídia impressa, o caso também foi abordado em reportagens televisivas, como no programa *Fantástico*, que apresentou informações sobre a trajetória profissional e a atuação de Roger Abdelmassih na área da reprodução assistida. De acordo com a reportagem, o médico ganhou destaque nacional por sua atuação nesse campo, sendo associado ao tratamento de infertilidade e ao atendimento de pacientes de diferentes regiões do país (Fantástico, 2013).

A consolidação de sua carreira e o prestígio social alcançado ao longo dos anos contribuíram para a construção de uma imagem pública de credibilidade e autoridade, o que, posteriormente, influenciou diretamente o início das investigações contra Roger Abdelmassih. De acordo com a obra *A clínica: A farsa e os crimes de Roger Abdelmassih*, de Vicente Vilardaga, o médico era visto como uma figura de grande respeito, sendo descrito como alguém “acima de qualquer suspeita” (Vilardaga, 2016). De forma indireta, compreende-se que essa reputação dificultou que denúncias iniciais fossem imediatamente acolhidas pelas autoridades.

O início das investigações ocorreu a partir do momento em que surgiram os primeiros relatos formais de abuso, rompendo um longo período de silêncio. Conforme apontado na obra, as denúncias começaram a ganhar força quando funcionárias e pacientes passaram a relatar comportamentos inadequados durante consultas. Nesse contexto, uma das primeiras rupturas foi protagonizada por uma ex-funcionária, cuja denúncia contribuiu para encorajar outras vítimas a se manifestarem, evidenciando que os episódios não eram isolados, mas sim parte de um padrão recorrente (Vilargada, 2016).

À medida que novas denúncias surgiam, o caso passou a chamar a atenção das autoridades e da mídia, ampliando seu alcance e impulsionando as investigações. Como destaca Vilardaga (2016), “os depoimentos começaram a se multiplicar, revelando semelhanças perturbadoras entre os relatos das pacientes”, o que reforçou a consistência das acusações. Assim, as investigações passaram a considerar a existência de uma prática sistemática de abusos, ocorridos ao longo de vários anos dentro da clínica.

Por fim, o avanço das investigações esteve diretamente relacionado à articulação entre vítimas, imprensa e órgãos responsáveis pela apuração dos fatos. A exposição midiática contribuiu para desconstruir a imagem de prestígio anteriormente associada ao médico, dando visibilidade às denúncias e pressionando por respostas institucionais. Conforme destaca Vilardaga (2016), a sequência de relatos permitiu revelar “a farsa” por trás da trajetória profissional de Abdelmassih, consolidando o início de um processo investigativo que resultaria em sua responsabilização judicial.

4. A VIOLÊNCIA SEXUAL DO SENHOR DR. ROGER ABDELMASSIH

Os crimes atribuídos a Roger Abdelmassih ocorreram em um contexto de extrema vulnerabilidade das vítimas, que buscavam tratamento para infertilidade em sua clínica. De forma indireta, conforme apresentado na obra *A clínica: A farsa e os crimes de Roger Abdelmassih*, de Vicente Vilardaga, os abusos aconteciam durante atendimentos médicos, muitas vezes quando as pacientes estavam sob efeito de sedação, o que dificultava reações imediatas ou denúncias. O autor evidencia que havia um padrão de comportamento, no qual o médico se aproveitava da confiança depositada em sua posição profissional (Vilardaga, 2016).

As denúncias começaram a ganhar visibilidade quando diversas mulheres passaram a relatar experiências semelhantes, o que fortaleceu a credibilidade dos depoimentos. Nesse sentido, Vilardaga (2016) destaca que “os relatos das pacientes apresentavam impressionantes semelhanças”, indicando a repetição sistemática dos abusos. De forma indireta, compreende-se que esse conjunto de denúncias foi essencial para romper o silêncio e dar início à responsabilização do médico, que até então era protegido por sua reputação e influência social.

A trajetória de Roger Abdelmassih também foi marcada pela construção de uma imagem pública de prestígio e credibilidade, fator que contribuiu para a continuidade de seus crimes ao longo dos anos. Antes das denúncias, o médico era amplamente reconhecido como referência na área de reprodução assistida no Brasil, atendendo pacientes de alto poder aquisitivo e figuras conhecidas, o que reforçava sua autoridade profissional. De forma indireta, conforme apresentado na obra *A clínica: a farsa e os crimes de Roger Abdelmassih*, de Vicente Vilardaga, essa reputação dificultava que as vítimas fossem ouvidas e acreditadas, uma vez que suas denúncias confrontavam a imagem consolidada de um especialista respeitado (Vilardaga, 2016). Assim, compreende-se que o reconhecimento social do médico atuou como um elemento de proteção simbólica, retardando a exposição dos abusos e contribuindo para a manutenção de sua prática criminosa.

Outro ponto relevante refere-se às dificuldades enfrentadas pelas vítimas para denunciar os abusos sofridos, especialmente em razão das circunstâncias em que os crimes ocorriam. De forma indireta, Vilardaga (2016)

evidencia que os episódios aconteciam em ambiente clínico e, muitas vezes, sob efeito de sedação, o que limitava a capacidade de reação e a produção de provas concretas. Além disso, fatores como medo, vergonha e insegurança contribuíram para o silêncio prolongado das pacientes. Nesse contexto, compreende-se que as denúncias só ganharam força quando passaram a surgir de maneira coletiva, revelando um padrão de comportamento e fortalecendo a credibilidade dos relatos. Dessa forma, o caso evidencia não apenas a gravidade dos crimes, mas também as barreiras estruturais enfrentadas por vítimas de violência sexual ao buscarem justiça (Vilardaga, 2016).

Nesse contexto, depoimentos apresentados em reportagem no YouTube reforçam a dinâmica dos abusos. De forma indireta, uma das vítimas relata que estava sob efeito de sedação durante o atendimento, o que a impediu de reagir ou compreender plenamente a situação quando ocorreu (Youtube, 2020). Em outro relato, uma paciente afirma que apenas após o procedimento passou a perceber que algo estava errado, evidenciando a confusão e a dificuldade de identificar imediatamente o abuso (Youtube, 2020). Esses testemunhos indicam não apenas a prática recorrente dos crimes, mas também o impacto psicológico nas vítimas, marcado por insegurança, dúvida e demora na denúncia.

Após o avanço das investigações e a formalização das acusações, Roger Abdelmassih foi condenado por múltiplos crimes sexuais. No entanto, antes do cumprimento definitivo da pena, ele fugiu do Brasil em 2011, demonstrando tentativa de evitar a responsabilização judicial. Segundo reportagem da CNN Brasil, o ex-médico permaneceu foragido por anos, sendo localizado no Paraguai, onde vivia com identidade falsa. Conforme a matéria:

Abdelmassih fugiu do Brasil em 2011 e passou anos foragido no Paraguai, onde vivia sob identidade falsa, até ser preso em 2014 e trazido de volta ao país para cumprir pena pelos crimes pelos quais foi condenado” (CNN BRASIL, 2023).

Mesmo após a prisão, Abdelmassih manteve um discurso de negação e vitimização. Em diferentes momentos, afirmou ser alvo de injustiça, tentando descredibilizar as acusações feitas pelas vítimas. De acordo com a reportagem, ele buscou benefícios judiciais alegando problemas de saúde, estratégia que reforça sua tentativa de se colocar como vítima do sistema. Ainda segundo a CNN Brasil, o ex-

médico foi condenado a uma pena superior a 170 anos de prisão pelos crimes cometidos, consolidando judicialmente a gravidade dos abusos praticados (CNN BRASIL, 2023).

A questão da prisão domiciliar de Roger Abdelmassih também foi marcada por controvérsias envolvendo a veracidade de seu estado de saúde. De acordo com reportagem da Agência Brasil, a Justiça de São Paulo revogou o benefício após surgirem suspeitas de fraude nos laudos apresentados. Conforme a decisão judicial:

A Justiça de São Paulo suspendeu ontem (12) a prisão domiciliar de Roger Abdelmassih devido à suspeita de fraude nas declarações das condições de sua saúde que embasaram o pedido para que ele cumprisse a pena em casa. Policiais civis da Divisão de Captura prenderam o acusado às 16h de hoje (13), na região do Jardins, na capital paulista, em cumprimento do mandado de prisão expedido pela Justiça. Segundo decisão da juíza Andréa Brandão, denúncias apontaram indícios de que 'o sentenciado fez uso de seus conhecimentos médicos para ingerir medicações que levaria, a complicações e descompensações intencionais a fim de alterar a conclusão da perícia judicial (Agência Brasil, 2019).

De forma indireta, o caso evidencia que Abdelmassih teria utilizado seu próprio conhecimento na área médica para manipular seu quadro clínico, buscando influenciar decisões judiciais. A decisão determinou ainda que ele retornasse ao sistema prisional em ambiente controlado, permanecendo sob supervisão médica até a realização de nova perícia, o que reforça a gravidade das suspeitas levantadas pelas autoridades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, este artigo teve como objetivo explorar o caso de Roger Abdelmassih, buscando compreender como a construção social da confiança, especialmente associada à figura de profissionais reconhecidos e à percepção de fragilidade na velhice, pode contribuir para a ocorrência de situações de abuso. Além disso, procurou-se questionar a ideia de que pessoas mais velhas são necessariamente inofensivas, evidenciando que essa visão pode ocultar comportamentos de manipulação e violência.

A partir da pesquisa realizada, observa-se que o caso estudado revela não apenas crimes individuais, mas também aspectos estruturais relacionados às relações de poder, à vulnerabilidade das vítimas e à dificuldade de denúncia em

contextos de autoridade médica. Nesse sentido, é possível afirmar que o estado de vulnerabilidade das mulheres era elevado, tanto pelo fato de se tratar de um cargo de grande prestígio e fama quanto por ser exercido por um homem, considerando que, historicamente, as mulheres muitas vezes não são devidamente ouvidas ou valorizadas., considerando que tais fatores contribuem para a manutenção de práticas abusivas mesmo em ambientes que deveriam garantir segurança e cuidado.No que se refere aos prognósticos, entende-se que a permanência de visões estereotipadas sobre a velhice e a confiança excessiva em figuras de prestígio podem continuar favorecendo a ocorrência de casos semelhantes. Especialmente se não houver mudanças significativas na forma como denúncias são acolhidas e investigadas, bem como na conscientização social acerca dessas temáticas.

Durante a realização deste trabalho, algumas dificuldades foram encontradas, especialmente no que diz respeito à obtenção de informações detalhadas sobre a vida pessoal e a trajetória de sucesso de Roger Abdelmassih antes das denúncias, uma vez que a maioria das fontes disponíveis se concentra nos crimes e nas investigações. Além disso, houve limitação na identificação de materiais que abordassem de forma mais aprofundada a relação entre idosos e situações de vitimização no contexto específico analisado, o que evidencia uma lacuna na produção acadêmica sobre o tema.

Por fim, este estudo abre possibilidades para futuras pesquisas, como a desbravar mais aprofundada da relação entre envelhecimento, estereótipos sociais e comportamentos abusivos, bem como investigações sobre a atuação de profissionais da saúde em contextos de vulnerabilidade. Também se mostra relevante o desenvolvimento de estudos que explorem os impactos psicológicos nas vítimas e a eficácia dos mecanismos de denúncia e proteção contribuindo para o avanço das discussões e para a prevenção de novos casos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Abdelmassih volta para prisão após Justiça cancelar prisão domiciliar. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2019-08/abdelmassih-volta-para-prisao-apos-justica-cancelar-prisao-domiciliar>. Acesso em: 15 abr. 2026.

ALMEIDA, Heloisa Buarque de; MARACHINI, Laís Ambiel. De médico e de monstro: disputas em torno das categorias de violência sexual no caso Abdelmassih. Cadernos Pagu, Campinas, n. 50, e175020, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cpa/a/5sdcpFssnqqvsJZKHzDjfFC/>. Acesso em: 10 mar. 2026.

BARBOSA, Gleison Alves et al. Principais obstáculos da inclusão digital na terceira idade: uma revisão sistemática. 2019. Disponível em: arquivo em PDF. Acesso em: 08 abr. 2026.

CNN BRASIL. Tremembé: saiba como está Roger Abdelmassih hoje. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/entretenimento/tremembe-saiba-como-esta-roger-abdelmassih-hoje/>. Acesso em: 15 abr. 2026.

FANTÁSTICO. Reportagem sobre Roger Abdelmassih. [S.l.]: TV Globo, 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3MCdavA1DvY>. Acesso em: 12 abr. 2026.

FOLHA DE S.PAULO. Médico é investigado por supostos crimes sexuais. São Paulo, 2009. Disponível em:

https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0901200928.htm?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 12 abr. 2026.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.

LINDAU, S. T.; SCHUMM, L. P.; LAUMANN, E. O.; LEVINSON, W.; O'MUIRCHÉARTAIGH, C. A.; WAITE, L. J. A study of sexuality and health among older adults in the United States. New England Journal of Medicine, v. 357, p. 762-774, 2007.

LIMA, Iris Souza; BRITO, Sueni do Carmo. Saúde emocional e mental na terceira idade: um relato de experiência dos atendimentos psicossociais no Instituto Ebenézer, em Manaus/AM. 2025. DOI: 10.56083/RCV5N12-133.

MA, Yuting; ZHANG, Baoshan; ZHANG, Xin; HU, Yibo. Experiencing daily negative aging stereotypes and real-life cognitive functioning in older adults: A diary study. Psychology and Aging, v. 38, n. 7, p. 725-739, nov. 2023. DOI: 10.1037/pag0000774.

NERI, Anita Liberalesso (org.). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; SESC, 2007.

NERI, Anita Liberalesso et al. Regulação dos relacionamentos sociais ao longo da vida. Pensando Famílias, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 1-10, jun. 2014. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-494X2014000100012&script=sci_arttext. Acesso em: 5 abr. 2026.

PARKER, Giverny J.; OWENSWORTH, Tamara; HASLAM, Catherine; SHUM, David H. K. Overcoming age-based stereotypes to optimize cognitive performance in older adults: A systematic review of methodology and existing evidence. The Gerontologist, v. 62, n. 3, p. e206-e223, 2022. DOI: 10.1093/geront/gnaa191.

PEREIRA, Celson Diniz. A consciência na terceira idade. Revista Simbio-Logias, v. 13, n. 19, 2021.

PROFILING. O Médico e o Monstro: Roger Abdelmassih. [Locução de]: Paula Febbe; participação de Tadeu Pinheiro. [S.l.]: Spotify, 5 maio 2022. Podcast. Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/1yAi3T8kwnvWscwg82ILrW>. Acesso em: 24 fev. 2026.

SUPERINTERESSANTE. Retrato falado: Roger Abdelmassih. 2016. Disponível em: https://super.abril.com.br/mundo-estranho/retrato-falado-roger-abdelmassih-o-medico-estuprador/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 12 abr. 2026.

VILARDAGA, Vicente. A clínica: a farsa e os crimes de Roger Abdelmassih. São Paulo: Geração Editorial, 2016.

YOUTUBE. Roger Abdelmassih volta à prisão após denúncia. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=2a6_erLwuUI. Acesso em: 15 abr. 2026.

A ESCOLHA POR PSICOLOGIA E O ARQUÉTIPO DO CURADOR FERIDO: a visão por trás da atuação de psicólogos clínicos

Lívia Leandro de Oliveira
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
livialeandro11.1@gmail.com

Maria Cherubina de Lima Alves
Profa. Dra. em Serviço social e docente do curso de Psicologia do Uni-FACEF
mcherubina@gmail.com

*“ninguém escolhe uma profissão de saúde de maneira incólume. Uma escolha profissional como essa vem a serviço de algo, tem um significado anímico profundo”
(Torres, 2018, p. 50)*

1. INTRODUÇÃO

Este artigo científico intitulado “A escolha por psicologia e a o arquétipo do curador ferido: a visão por trás da atuação de psicólogos clínicos” corresponde a um produto parcial resultante da pesquisa de Iniciação Científica cujo tema é “Cuidado em saúde mental para psicólogos: a ampliação do arquétipo do curador ferido na dinâmica psicoterapêutica entre profissionais psis e seus pacientes”.

A escolha pela formação em Psicologia, especialmente no campo clínico, suscita questionamentos que ultrapassam aspectos meramente acadêmicos ou profissionais, envolvendo dimensões subjetivas profundas relacionadas à história e à psique do indivíduo. Nesse sentido, compreender os determinantes dessa escolha implica considerar não apenas fatores conscientes, mas também conteúdos inconscientes que orientam suas trajetórias pessoais.

A partir do referencial da Psicologia Analítica de Carl Gustav Jung (1875-1961), entende-se que a experiência humana é atravessada por elementos universais, estruturados por arquétipos que se manifestam de diferentes formas na vida psíquica. Dentre esses, destaca-se o arquétipo do curador ferido, que expressa a coexistência entre a capacidade de cuidar do outro e a presença de feridas psíquicas próprias, frequentemente não totalmente elaboradas. Tal arquétipo encontra respaldo tanto na clínica quanto nas narrativas míticas, como no mito de Quíron, que simboliza essa dimensão paradoxal da experiência humana.

No campo da atuação clínica, essa perspectiva permite problematizar a ideia de que o profissional da Psicologia ocupa uma posição isenta de sofrimento, evidenciando, ao contrário, que sua prática pode estar influenciada por motivações inconscientes. Assim, a escolha pela profissão pode ser compreendida como expressão de conteúdos internos que buscam, de alguma forma, elaboração, integração ou sentido.

Diante disso, o presente artigo tem como objetivo explorar a escolha pela Psicologia e a expressão o arquétipo do curador ferido, a partir de entrevistas realizadas com 5 psicólogos clínicos. Busca-se, assim, compreender os significados subjacentes à atuação deles, articulando os dados obtidos com o referencial teórico da psicologia analítica, de modo a evidenciar as possíveis relações entre experiência subjetiva, sofrimento psíquico e escolha profissional.

2. A PSICOLOGIA ANALÍTICA E OS ARQUÉTIPOS

A Psicologia Analítica de Carl Gustav Jung fundamenta-se em conceitos amplos e profundos, partindo da premissa de que nenhuma experiência é estritamente individual (Jung, 1928). Ainda que cada sujeito possua suas particularidades, a humanidade encontra-se inserida em uma instância comum que abarca as vivências humanas, transcendendo diferenças culturais e geracionais.

Diferentemente do inconsciente pessoal, o inconsciente coletivo corresponde à camada mais profunda e arcaica da psique. Trata-se de um domínio universal no qual se inscrevem representações e possibilidades simbólicas, constituídas a partir da recorrência de formas pelas quais diferentes culturas, tradições, mitos e contos de fadas elaboram os símbolos. Jung (1928) observou que, apesar das diferenças geográficas e comportamentais, os seres humanos compartilham padrões fundamentais de experiência e significação. Tais padrões são denominados arquétipos, que “são as possibilidades herdadas para representar imagens similares, são formas instintivas de imaginar. São matrizes arcaicas onde configurações análogas semelhantes tomam forma” (Silveira, 2023, p. 55).

Ao longo do desenvolvimento, a psique é atravessada por experiências que constituem a trajetória singular do indivíduo, incluindo tanto vivências traumáticas quanto memórias afetivas positivas. Esses conteúdos organizam-se em

complexos, compreendidos como núcleos de energia psíquica ou “agrupamentos de conteúdos psíquicos carregados de afetividade” (Silveira, 2023, p. 21). Tais formações possuem significativa carga emocional e, ao se articularem com outros elementos da psique, podem adquirir relativa autonomia, influenciando ativamente o comportamento e a experiência subjetiva do indivíduo. Nesse sentido, os complexos evidenciam a ilusão de controle absoluto sobre a mente, manifestando-se por meio de contradições, lapsos e sintomas.

Quando um complexo é ativado e trazido à consciência, ele mobiliza conteúdos que ultrapassam o âmbito individual, conectando-se a elementos universais compartilhados. Isso se deve à sua base arquetípica, uma vez que todo complexo se organiza em torno de um núcleo primordial composto por imagens e situações recorrentes, derivadas de dilemas essencialmente arquetípicos (Hall, 2021). Assim, embora o complexo constitua um ponto de partida para a análise, ele conduz o analista à articulação com arquétipos universais, favorecendo a ampliação simbólica da experiência, pois “no âmago de todo e qualquer complexo está um arquétipo” (Hall, 2021, p. 21).

No processo terapêutico, espera-se que, ao serem identificados e conscientizados, os complexos possam ser elaborados de maneira mais ampla, com o auxílio dos arquétipos, que oferecem uma perspectiva mais abrangente da experiência do sujeito. Essa ampliação permite compreender a existência humana como atravessada por polaridades e ambivalências. Nesse contexto, o polo oposto — frequentemente associado à dimensão sombria — constitui um importante campo de potencialidade psíquica. A sombra, conceito desenvolvido por Jung (2016), abriga “qualidades e atributos desconhecidos ou pouco conhecidos pelo ego” (p. 222). Contudo, ao ser integrada à consciência, deixa de operar de forma inconsciente; quando negligenciada, tende a manifestar-se de maneira hostil, ameaçadora e desorganizadora.

Se a figura da sombra contém forças vitais e positivas, devemos assimilá-las na nossa experiência ativa e não reprimi-las. Cabe ao ego renunciar ao seu orgulho e à sua vaidade para viver plenamente o que parece sombrio e negativo, mas que na realidade pode o não ser (Von Franz, 2016, p. 230).

Nesse sentido, Von Franz (2016) ressalta a importância do enfrentamento da sombra. Ainda que esse processo possa ser desafiador, o contato com conteúdos inconscientes — tanto em nível individual quanto coletivo — oferece

ao psicólogo analítico recursos fundamentais para promover a ampliação da consciência do paciente.

2.1 O arquétipo do curador ferido

Para a compreensão da experiência humana em nível arquetípico, Carl Gustav Jung recorreu aos mitos como vias privilegiadas de acesso às múltiplas representações do homem, independentemente de seu contexto cultural. De acordo com Henderson (2016), “A história antiga do homem está sendo redescoberta de maneira significativa por meio dos mitos e imagens simbólicas que lhe sobreviveram” (p. 136). Nesse sentido, os mitos podem ser compreendidos simultaneamente como formas de preservação e de tradução de crenças, expressando a maneira como civilizações antigas organizavam simbolicamente o mundo. Tal herança simbólica permite que o homem contemporâneo conserve, em sua psique, vestígios de estágios anteriores da evolução humana.

Parece que o processo de cura mobiliza essas forças [mitológicas e arquetípicas] para alcançar os seus objetivos. É que as representações míticas, com seu simbolismo característico, atingem as profundezas da alma humana, os subterrâneos da história, aonde a razão, a vontade e a boa intenção nunca chegam (Jung, 2013, p. 26).

No contexto clínico, é frequente a emergência, nos sonhos dos pacientes, de símbolos que ultrapassam os limites do inconsciente pessoal, exigindo do psicólogo um repertório teórico que contemple dimensões universais e atemporais, como aquelas expressas pelos arquétipos de base mitológica. Dessa forma, antes de explorar de maneira aprofundada os significados simbólicos junto ao paciente, o analista necessita de um conhecimento ampliado acerca das estruturas arquetípicas, possibilitando uma compreensão mais densa e abrangente no processo analítico.

Sob essa perspectiva, o mito do centauro Quíron (ou Chíron), oriundo da mitologia grega, oferece uma analogia significativa com a posição frequentemente ocupada pelos profissionais da saúde, especialmente aqueles que atuam no campo do cuidado psíquico. Filho do titã Cronos — metamorfoseado em cavalo no momento da concepção — e da ninfa Filira, Quíron era imortal e possuía a forma híbrida típica dos centauros, metade homem e metade cavalo. Diferentemente

dos demais membros de sua espécie, frequentemente associados à impulsividade e à violência, destacava-se por sua sabedoria, sendo reconhecido como mestre na arte da cura e educador de heróis (Grimal, 2005).

O aspecto paradoxal de sua figura manifesta-se quando, durante uma batalha, Quíron é atingido acidentalmente por uma flecha envenenada lançada por Hércules. Por ser imortal, não podia morrer; por estar ferido, não conseguia curar-se. A ferida, incurável, impunha-lhe sofrimento contínuo, conduzindo-o ao desejo de cessar a própria existência. Assim, aquele que simboliza o maior curador transforma-se, simultaneamente, naquele que carrega uma dor irremediável.

Tudo em Chíron, médico divino e ferido, o faz parecer a mais contraditória figura de toda a mitologia grega. Apesar de ser um deus grego, sofre de uma ferida incurável. Além disso, a sua figura combina o aspecto animal com o apolíneo, pois apesar do seu corpo de cavalo – configuração pela qual são conhecidos os centauros, criaturas da natureza, fecundos e destrutivos – é ele quem instrui os heróis nas artes da medicina e da música (Kerényi, 1959, p.96-97).

Nesse sentido, Quíron, frequentemente denominado o “curador ferido”, encarna um dilema marcado por intensas dualidades: ao mesmo tempo em que detém o saber da cura, encontra-se impossibilitado de aplicá-lo a si próprio. Tal condição evidencia a coexistência de saber e sofrimento, apontando para uma dimensão fundamental da experiência humana e, em especial, da prática clínica.

3. MOTIVAÇÕES INTERNAS PARA A ESCOLHA POR CURSAR PSICOLOGIA

As teorias que compreendem o inconsciente como fundamento da vida psíquica — a qual inevitavelmente se manifesta na realidade externa — oferecem explicações que ultrapassam o campo da consciência para compreender comportamentos, sonhos e motivações humanas. No que se refere à escolha profissional, tal lógica também se aplica, sobretudo em ocupações voltadas ao cuidado de indivíduos em estado de vulnerabilidade, seja ela física, emocional, intelectual ou espiritual. Nesses contextos, os profissionais assumem uma função de ajuda (Guggenbühl-Craig, 2004), inserindo-se em uma tradição histórica que remonta a figuras como xamãs, curandeiros, pajés, alquimistas, sacerdotes, pastores, médicos, assistentes sociais e professores — todos representantes, em diferentes contextos, do arquétipo do curador.

Torres (2018) ressalta que a escolha por uma profissão na área da saúde não ocorre de maneira neutra ou desprovida de implicações psíquicas, uma vez que “ninguém escolhe uma profissão de saúde de maneira incólume. Uma escolha profissional como essa vem a serviço de algo, tem um significado anímico profundo” (p. 50). Tal afirmação evidencia a necessidade de investigar os determinantes inconscientes envolvidos nessa decisão. Ainda assim, persiste uma concepção idealizada segundo a qual os profissionais do cuidado estariam imunes ao sofrimento, ocupando uma posição oposta à do paciente, como se estivessem distantes da dor e do adoecimento.

Entretanto, mesmo aqueles que detêm conhecimento técnico acerca dos conflitos humanos compartilham da mesma constituição psíquica que qualquer outro indivíduo. Ainda que o psicólogo seja socialmente investido da função de promover o bem-estar do outro, Carl Gustav Jung (1991, p. 5) adverte: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”. Tal colocação reconhece que o curador também é atravessado por suas próprias feridas, não estando isento das dinâmicas inconscientes que constituem a experiência humana.

Nenhum pesquisador, por mais objetivo e isento de preconceitos que seja, pode abstrair de seus próprios complexos, porque estes gozam da mesma autonomia que os das outras pessoas. Não pode abstrair deles porque eles dependem do indivíduo. Na verdade, os complexos fazem parte da constituição psíquica que é o elemento absolutamente predeterminado de cada indivíduo. Por isso, é a constituição que decide inapelavelmente a questão de saber que a concepção psicológica terá um determinado observador. A limitação inevitável que acompanha qualquer observação psicológica é a de que ela, para ser válida, pressupõe a equação pessoal do observador (Jung, 2013, p. 50).

A busca por promover a cura no outro fundamenta-se, portanto, em uma motivação essencial: “há uma necessidade desesperada de direção à plenitude” (Guggenbühl-Craig, 2022, p. 69). O próprio conceito de cura, derivado do termo alemão *heilen*, remete à ideia de totalidade e integração, assim como o conceito de saúde. Nesse sentido, a atuação dos profissionais da saúde tem progressivamente incorporado a importância de considerar a psique em sua totalidade, reconhecendo que muitos sofrimentos decorrem de desequilíbrios internos que, frequentemente, o indivíduo tenta evitar, reprimir ou eliminar.

Segundo Von Franz (2016), as enfermidades podem estar associadas ao esforço de relegar conteúdos psíquicos indesejados a uma dimensão inconsciente, afastando-os da consciência. Nesse processo, a forma como o sujeito compreende a relação entre sofrimento e cura exerce influência significativa sobre o prognóstico.

Nesse contexto, o curador que manifesta um desejo consciente de curar o outro pode, simultaneamente, carregar uma dimensão sombria associada à sua escolha (Guggenbühl-Craig, 2004), expressa na tendência de voltar-se mais ao sofrimento alheio do que ao próprio. O mito de Quíron suscita, nesse sentido, uma questão fundamental: como alguém ferido poderia exercer a função de curar outro que também sofre? De acordo com Guggenbühl-Craig (2004), não é incomum que profissionais da saúde desenvolvam concepções idealizadas acerca do que seria um estado de saúde — inclusive em relação a si mesmos —, desconsiderando suas próprias limitações. Nesse sentido, o autor alerta: “Não vemos que somos defeituosos incuráveis” (2022, p. 71), o que pode gerar frustração diante das dificuldades encontradas no processo terapêutico.

Kerényi (1959) aponta que existe uma tendência humana à negação da própria ferida. Nesse cenário, o curador pode se deparar com a condição paradoxal de permanecer, ele próprio, em estado de sofrimento. O esclarecimento dessa aparente contradição reside, segundo o autor, no reconhecimento de que a cura implica “simplesmente o conhecimento de uma ferida também experimentada, e de modo permanente, por aquele que cura” (Kerényi, 1959, p. 99). Assim, torna-se fundamental que o curador se volte também para o cuidado de si, reconhecendo e elaborando suas próprias feridas.

Remen (1988) reforça essa perspectiva ao destacar a importância de o psicólogo, no exercício de sua função, entrar em contato com sua própria dimensão ferida. Aqueles que conseguem realizar esse movimento tendem a alcançar um nível mais elaborado de integração psíquica, no qual sofrimento e cura são compreendidos como dimensões complementares, articuladas por uma mesma base arquetípica.

Dessa forma, a escolha pela profissão do cuidado ultrapassa uma decisão meramente técnica, estando frequentemente vinculada a experiências subjetivas profundas relacionadas ao sofrimento — próprio ou alheio — que

convocam o indivíduo a ocupar simbolicamente o lugar de quem cuida. Como destaca Guggenbühl-Craig (2022), o curador não se define pela ausência de feridas, mas pela capacidade de reconhecê-las e trabalhar com elas, evitando a inflação de sua posição terapêutica.

Assim, a figura do curador ferido não deve ser compreendida como uma contradição, mas como uma expressão arquetípica fundamental da prática clínica. Na perspectiva da psicologia analítica, a cura não se sustenta na superioridade técnica, mas na relação viva entre duas psiques em interação, na qual o sofrimento pode ser ressignificado e transformado em possibilidade de ampliação da consciência.

4. OS COMPLEXOS CONSTELADOS NO ENCONTRO ANALÍTICO

O encontro terapêutico pode ser compreendido, frequentemente, como o encontro entre duas dimensões feridas da experiência humana. A noção de “ferida” é aqui utilizada em sentido simbólico, referindo-se aos complexos que atravessam a psique, estabelecendo uma analogia entre os campos físico e psíquico, os quais se mostram, em muitos casos, indissociáveis. Dessa forma, o sofrimento psíquico apresentado pelo paciente pode encontrar ressonância em conteúdos sensíveis do terapeuta, ainda que situados em diferentes níveis de elaboração.

Sob a perspectiva da psicologia analítica, a relação terapêutica não se limita ao plano consciente, tampouco se organiza exclusivamente a partir de uma assimetria técnica ou hierárquica entre terapeuta e paciente. Trata-se de um campo relacional dinâmico e complexo, no qual múltiplos níveis da psique entram em interação. Jung (2013) concebe o processo psicoterapêutico como uma relação viva entre duas totalidades psíquicas, em que os conteúdos conscientes e inconscientes de ambos os envolvidos se influenciam mutuamente.

Assim como na alquimia não apenas a matéria era transformada, mas também o alquimista, na psicoterapia o analista não permanece incólume (Jung, 2011). Nessa direção, a relação analítica pode ser pensada como operando em diferentes níveis de comunicação: do consciente ao consciente, do consciente ao inconsciente, do inconsciente ao consciente e, de maneira particularmente significativa, do inconsciente ao inconsciente. É nesse último nível que se constelam

fenômenos como transferência e contratransferência, além da ativação de complexos e imagens arquetípicas, frequentemente alheios ao controle racional tanto do analista quanto do analisando.

A problemática emerge, sobretudo, quando a dimensão da sombra é negligenciada. A recusa em reconhecer esses conteúdos implica o risco de sua manifestação sob formas mais intensas e desorganizadoras, uma vez que, conforme aponta Jung (2016), quanto menos integrada à consciência, mais densa e ameaçadora tende a se tornar. Torna-se, portanto, fundamental lançar luz sobre a sombra, isto é, reconhecê-la e integrá-la, possibilitando a ampliação da consciência e a atenuação de seu caráter hostil. Nesse sentido, “É sempre o oposto que se quer atingir ou evitar que acaba constelando” (Guggebühl-Craig, 2004, p. 36). O trabalho com a sombra permite, assim, acessar tanto as potencialidades quanto os riscos inerentes ao inconsciente.

Groesbeck (2022) destaca que o arquétipo “médico/paciente” é ativado sempre que o indivíduo entra em contato com a experiência da doença, seja na posição de quem cuida ou de quem é cuidado. A dimensão psicológica do adoecimento pode ser observada, por exemplo, em situações em que quadros clinicamente tratáveis não evoluem de forma satisfatória, o que pode indicar uma indisposição interna à cura. Em termos arquetípicos, isso sugere que o “médico interior” não se encontra plenamente ativado no paciente. De modo complementar, assim como existe um potencial de cura interno no paciente, há também um “paciente interno” presente no profissional do cuidado.

Muitas doenças requerem os serviços de um médico externo. Mas este não será suficiente sem o auxílio do terapeuta interior. O médico pode fechar o corte – mas algo no corpo e na psique do paciente deve cooperar para que a enfermidade seja vencida (Guggebühl-Craig, 2004, p.85).

Os papéis de curador e curado, portanto, configuram-se como dimensões complementares, especialmente quando considerados em nível inconsciente (Groesbeck, 2022). No entanto, o ego tende a lidar com dificuldade frente à tensão entre esses polos, frequentemente percebidos como opostos. Como consequência, ocorre uma cisão arquetípica, na qual um dos polos é reprimido enquanto o outro se mantém ativo na consciência. O conteúdo reprimido permanece atuante no inconsciente — podendo contribuir para a formação de neuroses — ou é projetado no mundo externo, seja em outras pessoas ou em sistemas de crenças.

Nesse contexto, “O paciente, por exemplo, talvez projete seu terapeuta interior sobre o médico que o trata e este poderá projetar suas feridas sobre o paciente” (Guggebühl-Craig, 2004, p. 86).

Tal dinâmica é frequentemente observada em psicólogos que, ao lidarem cotidianamente com o sofrimento psíquico de seus pacientes, podem identificar-se com essas experiências e, simultaneamente, tentar silenciar as reverberações emocionais que emergem no processo clínico. Esse movimento visa, muitas vezes, manter o foco exclusivo no paciente, em detrimento do reconhecimento das próprias vivências internas. Assim, ao dissociar-se de aspectos como vulnerabilidade, fragilidade e adoecimento, o terapeuta tende a projetar a ferida exclusivamente no outro, compreendendo-a como algo que não lhe pertence.

A não elaboração das próprias feridas pode levar à configuração de um “curador sem feridas”, o que compromete a capacidade de mobilizar o fator de cura no paciente. Nessa condição, o profissional identifica-se exclusivamente com o polo do médico, desvinculando-se da dimensão complementar do arquétipo (Guggebühl-Craig, 2004). Na perspectiva proposta pelo autor, a consequência da atuação do médico ou do sacerdote na consciência pode ser pautada na expressão da sombra, ao emergir traços do charlatão ou do falso profeta, ou seja, condutas de profissionais que buscam a valorização do próprio trabalho em detrimento da saúde do paciente ou pessoas que usam um discurso vazio, sem a verdadeira crença de que a condição do paciente é passível de evolução.

5. METODOLOGIA

Este trabalho utiliza uma metodologia exploratória qualitativa que, segundo Minayo (2002), condiz com a busca por ampliar temas complexos que podem envolver significados, valores e atitudes de teor subjetivo. É coerente para o presente estudo pois tem como intuito compreender as motivações internas de psicólogos na escolha de sua profissão.

Mediante aprovação formal do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca (CEP Uni-FACEF) com o CAAE número 93453725.1.0000.5384 foi realizada uma entrevista semiestruturada com cinco psicólogos clínicos a fim de coletar as suas experiências acerca da prática

profissional do psicólogo e as motivações pessoais subjacentes a ela. De acordo com Minayo (2001) a entrevista semiestruturada configura-se como um meio de se obter a compreensão aprofundada das experiências, sentimentos e perspectivas dos participantes.

A entrevista completa conta com oito perguntas pré-estabelecidas, mas os dados aqui discutidos se referem somente a algumas perguntas. A discussão completa será encontrada no trabalho final da iniciação científica.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados será conduzida sob uma abordagem qualitativa, relacionando os conteúdos extraídos das entrevistas com o conteúdo teórico anteriormente discutido. Os dados qualitativos serão organizados por meio de categorias temáticas, as quais foram definidas após a realização da pesquisa de campo. Elas baseiam-se na identificação e agrupamento de temas recorrentes nos relatos dos participantes (Gomes, 2003). No caso desse trabalho será abordada a categoria temática intitulada “A dimensão psicológica da busca por cursar psicologia”.

Essa categoria contempla as seguintes perguntas presentes na entrevista: “Como surgiu o seu interesse em fazer psicologia?”, “Você estabelece alguma relação entre algumas de suas características pessoais com características relevantes para a prática profissional do psicólogo? Quais?” e “Você percebe algum estereótipo sociocultural do profissional da psicologia? Quais são? Pode explicar a sua análise crítica deste(s) estereótipo(s)?”.

Como dados obtidos nas entrevistas, consta em forma de tabela um panorama do perfil de idade, tempo de atuação como psicóloga clínica e abordagem de trabalho. Foram utilizados pseudônimos que visam proteger a identidade e o respectivo conteúdo compartilhado pelos psicólogos colaboradores do estudo.

Pseudônimo do psicóloga / Caracterização	Idade	Tempo de atuação como psicóloga clínica	Abordagem Teórica
Flávia	34 anos	4 anos	Sistêmica familiar e Terapia cognitivo comportamental
Aurora	28 anos	4 anos e meio	Analítica Junguiana
Márcia	26 anos	3 anos	Psicanálise
Alice	25 anos	2 anos	Act (Terapia de Aceitação e Compromisso)
Monique	55 anos	31 anos	Humanista rogeriana

Tabela 1: nome, idade, tempo de atuação como psicóloga clínica e abordagem de trabalho das participantes da pesquisa

É apresentado abaixo um resumo das respostas dos participantes da pesquisa.

Pseudônimo da psicóloga / Pergunta da entrevista	Interesse e motivação em cursar psicologia	Características pessoais	O que a profissão representa	Estereótipo sobre o profissional da psicologia
Flávia	Cogitou cursar direito. Percebeu, ao longo do tempo, que as pessoas já a enxergavam como a “psicóloga do grupo” e ela se reconheceu nesse papel.	Olhar e escuta atentos; experiência como psicóloga hospitalar. Interesse pelo ser humano e suas histórias	Um sonho realizado. É um trabalho em prol do outro, mas também é o seu negócio.	Alguém que nunca perde o equilíbrio ou sequer sofre.
Aurora	Sempre teve interesse na área do cuidado. Ouve uma confusão pessoal, inicialmente, em	Observação, escuta, comunicação, trabalho em grupo, sensibilidade.	Representa uma travessia acompanhada, em que a paciente segura uma lamparina em um caminho	Alguém que resolveria os problemas do paciente e até o curaria. Bem resolvido, sabe resolver tudo

	se identificar com a psicoterapia e o desejo de cursar psicologia.		escuro e o psicólogo está ao lado para auxiliá-lo.	de si e do outro.
Márcia	Foi uma escolha delimitada pelo interesse pela psicanálise, já de antemão.	Tendência a ouvir as entrelinhas, escutar com qualidade e paciência.	É a certeza do que gosta de fazer, assim como um trabalho cansativo. É uma experiência que demanda também cuidar de si.	É aquele que sabe resolver todos os conflitos, não sofre, tem muitas respostas, sempre sabe o que dizer.
Alice	Não tinha outra opção em mente a não ser psicologia, por não ter dúvidas. Mesmo antes de fazer terapia pessoal, já sabia que era isso o que queria.	Observadora, neutra sem ser distante.	É, ao mesmo tempo, um desafio e um descanso. Considera ser um "vício", podendo-lhe colocar em sobrecarga.	O psicólogo como alguém distante, limitado a julgar, analisar e dar conselhos, como um oráculo.
Monique	Inspirou-se na irmã, que também é psicóloga. Ficou em dúvida entre a área da educação e da psicologia	Jeito sério, centrado e ponderado de ser e apressado pela escuta	Olhar para o outro e vê-lo em sua integridade	A pessoa que assume o papel de responder perguntas

Tabela 2: respostas dos participantes

As respostas nos mostram que a escolha por psicologia se encontra em um campo pessoal, que encontram respostas em comum em escala coletiva, bem como as dimensões inconscientes da psique. Enquanto Flávia e Aurora cogitaram seguir em áreas paralelas à psicologia, Monique teve uma pessoa próxima em quem se inspirar e Alice e Márcia aparentam não ter um motivo concreto para a escolha, o que abre uma brecha para que se acesse questões arquetípicas, ou seja, para além da psique individual para compreender o caminho tomado.

Para os psicólogos que, assim como os seus pacientes, vivem a busca inerente ao humano pela individuação e a completude interna em um caminho particular e que vai ao encontro da realização do self, ao trabalhar para que outras pessoas alcancem o seu máximo potencial podem ter ganhos secundários em seu

próprio processo, como defendido por Jung (2013) ao refletir sobre o mútuo impacto da terapia nas partes nela envolvidas – tanto paciente, quanto terapeuta.

Quanto as características pessoais, Flávia, Aurora, Márcia e Monique utilizam a palavra “escuta” em comum. Expõe-se a qualidade que coincide entre profissionais da psicologia que ficam em segundo plano para que a história do paciente tenha espaço para emergir. Jung (2016) ressalta ser essa a capacidade do analista em abrir-se ao que o paciente traz como conteúdo antes de estabelecer padrões de interpretação. Exemplifica casos em que sonhos são levados para a sessão e, antes de sugerir qualquer ampliação, o terapeuta recebe do paciente suas representações. Seria esse, justamente, a abertura necessária fornecida pelo analista para que a função simbólica e transcendente (Jung, 2016) possa operar, a começar pela escuta do psicólogo.

Flávia diz que as pessoas recorrem a ela, naturalmente, para compartilhar algo sobre suas vidas, mesmo que ela não tenha se apresentado como psicóloga.

“[...] as pessoas simplesmente vêm até mim sem nem sabe mesmo que eu sou psicóloga e vão falando, sabe? Tipo, a vida delas, assim, meio que naturalmente, sabe? Eu falo, meu Deus, eu não quero ouvir. Eu não estou trabalhando agora, mas acontece, né? Eu acho que sempre aconteceu. Eu acho que essa é uma característica minha mesmo. Acho que as pessoas percebem que eu estou disponível ali para ouvi-la, sabe? Para olhar”

Alice define-se como uma pessoa observadora desde quando frequentava a creche. Ela representa a imagem de pessoas que não protagonizam no palco da sessão em que atendem, e apresenta uma ideia próxima ao que as outras participantes trouxeram do psicólogo com características da atenção e cuidado ao que se ouve do outro.

Monique, ao se descrever como séria, centrada e ponderada parece se encaixar em uma persona de profissional mais distante emocionalmente de seus pacientes, como uma possível tentativa de não misturar suas questões pessoais com o conteúdo das pessoas que atende. Esse aspecto distante e que nunca perde

o equilíbrio, se encaixa, inclusive, nos estereótipos descritos por Alice e Flávia, respectivamente.

Aurora apresenta a característica da sensibilidade como algo que pode ser tanto positivo, em desenvolver empatia pelos pacientes, como se envolver e preocupar muito com os casos que atender. O arquétipo do curador ferido pode ser aqui identificado na expressão de um lado dessa psicóloga que acaba, pelo excesso de cuidado para com os seus pacientes, desenvolvendo uma preocupação que a prejudica pessoalmente em níveis de ansiedade.

[...] isso foi um tema da minha terapia. E aí não tem como excluir, né? Porque eu não aceitava esse aspecto em mim. Assim, eu achava que me prejudicava. O fato de ser sensível, de me sensibilizar com as coisas. Só que hoje eu vejo que é uma ferramenta. Então às vezes tem coisas que vão mais para essa linguagem do sentir, às vezes até durante o atendimento. Eu sinto que isso me ajudou a desenvolver bastante da empatia.”

Essa participante concretiza a noção de que a profissão pode ser permeada por aspectos contraditórios, os quais coexistem. Assim como Aurora, Alice encontra no trabalho como psicóloga um encontro entre o prazer de trabalhar com o que ama e ser isso a causa de sua sobrecarga, quando realizado em excesso e sem o devido cuidado consigo mesma.

“E pra mim é um vício. Assim, é muito gostoso, tanto que eu tenho que às vezes dosar os meus limites para eu não ultrapassar, por gostar muito de fazer e querer sempre aceitar todas as demandas que me chegam. Mas eu estou aprendendo na minha terapia também, eu já trabalhei nisso até para não dar sobrecarga”.

Se referindo ao arquétipo de Quíron e as circunstâncias em que ele está ativo no psicólogo Jacoby (2011) defende que, inconscientemente, no encontro analítico o psicólogo é afetado pelo arquétipo do curador ferido mesmo sabendo que seu trabalho não é curar.

Quando aspectos simbólicos do arquétipo de Quíron se expressa na psique, o conhecimento profissional do psicólogo pode ser utilizado de forma zelosa ou prematura. O autor diz que “suas flechas podem curar, mas também elas também podem ferir e matar. O excesso de atividade do analista quando ele é tomado pelo curador lembra-me, por vezes, das flechas de Apolo” (Jacoby, 2011, p.45), se

referindo a um outro mito greco-romano em que Apolo, o deus da razão da harmonia, mas que utilizava suas flechas tanto para enviar pragas e doenças quanto para evitá-las (Vernant, 2000). Em sua necessidade de ajudar – ou até curar – o profissional se comportaria de modo a “atirar” análises, sugestões ou conselhos para os pacientes, como uma forma de preencher sua própria necessidade de interpretar tudo o que lhe aparece em sessão, seja para manter-se sendo aquele que sabe tudo e, por isso, será recorrido para “curar” ou aquele que fere para depois ser necessário para cura.

Entre as representações da profissão, observou-se entre as respostas que Flávia, Márcia e Alice direcionam suas respostas para a realização pessoal em trabalhar com a psicologia. Em contrapartida, Aurora e Monique tem suas repostas voltadas as contribuições desse que é um serviço em favor do outro para quem trabalham. Suas imagens pessoais sobre a profissão podem ser explicadas pelas atitudes extrovertida e introvertida, explicadas por Jung (2008) na sua teoria dos tipos psicológicos, porém, como não foi uma informação explorada nas entrevistas, essa permanece uma hipótese sem outras informações adicionais que corroboram para afirmá-la.

Quanto ao estereótipo, Márcia e Monique concordam em dizer que o psicólogo representa alguém que sabe responder perguntas. Alice usa ainda a expressão do “oráculo” remetendo a mesma ideia de um meio em que as pessoas buscam respostas rápidas e práticas para a sanar seus dilemas. Aurora e Márcia mencionam a imagem difundida de psicólogos que saberiam resolver problemas e conflitos. Na fala de Monique, ela ressalta que, muitas vezes, a resposta que o paciente busca pode estar nele mesmo. Para encontrá-la, é preciso que ele mesmo se escute.

“Então ela, ali na relação terapêutica, ela descobre que à medida que ela emite o seu falar para alguém, ela se ouve também. E aí ela consegue entender que ela mesma teria outro jeito de resolver seu problema. Então a resposta está com ela, muitas vezes.”

Pode-se refletir aqui, inclusive, a aproximação do estereótipo – uma imagem socialmente construída de um conceito - com a persona, sendo ela uma “máscara” social, utilizada como forma de adaptação ao mundo externo (Jung, 2011). No entanto, ela pode se tornar demasiado rígida quando o indivíduo fusiona o

seu próprio ego a esse papel social desempenhado, imitando-o voluntariamente. Segundo Stein (2006) existe um risco em uma identificação exacerbada com a persona pois “O indivíduo preocupa-se excessivamente em agradar e adaptar-se ao mundo social e passa a acreditar que essa imagem construída é tudo o que conta para a formação da personalidade” (Stein, 2006, p.108).

Os aspectos de conhecimento teórico acerca da psicologia e seu potencial curativo, saber dar inúmeras respostas milagrosas e ser uma pessoa emocionalmente organizada afastam de si o polo “paciente” em sua psique, à medida que exalta características de uma personalidade mais superficialmente rígida, neutra e distante, como já explanado por Guggebühl-Craig (2004) na cisão do arquétipo do curador-ferido, o qual pode ser melhor integrado no reconhecimento de que a persona corresponde apenas a uma parcela – mais superficial, por sinal – da personalidade, e que outras características também podem coexistir no papel de psicólogo, como o reconhecimento de não se sabe tudo sobre o paciente e, menos ainda, a solução para todos os conflitos humanos.

Aurora expõe um incômodo de que os pacientes a denominem como “doutora”. Ela não se reconhece nesse lugar de saber superior sobre os pacientes, pois entende que não cabe a ela esse poder de curar. A participante demonstra um distanciamento natural da representação extrema do polo curador, como quem sabe todas as formas de se sanar as questões que perpassam a existência humana.

Jung (2016) explica que

O que existe são apenas casos individuais e suas necessidades e exigências são as mais variadas possíveis – tão divergentes, que no fundo nunca se pode saber de antemão o rumo que vai tomar este ou aquele caso. O melhor que o médico pode fazer é renunciar a qualquer opinião pré-concebida (p.85)

O autor dá substrato a crítica das participantes sobre a imagem projetada no psicólogo que saberia tudo sobre si e sobre os outros. Na verdade, a proposta de Jung (2016) parece ser que o profissional de psicologia assuma um lugar de não saber a fim de que, humildemente, o paciente tenha espaço para construir esse conhecimento sobre si, tão particular e genuíno, sem a influência externa de um conhecimento redutivo padronizado.

Para além das características pessoais das participantes, Jung (2016) cita que “Esta humildade do médico é perfeitamente adequada, visto que por um

lado, a psicologia universalmente válida ainda não existe, e que, por outro, os temperamentos não são todos conhecidos”, o que ressalta que, o processo terapêutico é, em si mesmo, um processo de descoberta, tendo em vista que o paciente não sabe tudo sobre si e menos ainda o terapeuta, quem deve se dispor a esse conhecimento construído em conjunto.

Por isso, quer eu queria quer não, se eu não estiver disposto a fazer o tratamento psíquico de um indivíduo, tenho que renunciar à minha superioridade no saber, a toda e qualquer autoridade e vontade de influenciar. Tenho que optar necessariamente por um método dialético, que consiste em confrontar as averiguações mútuas (Jung, 2016, p. 16-17).

Sua reflexão permite reafirmar a teoria de Groesbeck (2022) que o terapeuta e o analista estão, ambos, intrínsecos à psique. Mais do que procurar um analista para fazer terapia, o processo terapêutico se trata de encontrar o terapeuta em si, sendo esse um fator interno de cura que orienta o caminho de individuação ao passar a refletir sobre as próprias questões e feridas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente trabalho foi explorar a escolha pela psicologia e a expressão do arquétipo do curador ferido, a partir da escuta de psicólogos clínicos, articulando seus relatos ao arquétipo do curador-ferido, respaldado pelo referencial da psicologia analítica. Buscou-se compreender de que maneira aspectos subjetivos, conscientes e inconscientes, participam da construção dessa escolha profissional, bem como suas reverberações na prática clínica.

Posto isso, foi apresentada a forma como a psicologia analítica compreende a psique humana, destacando a existência de uma dimensão inconsciente coletiva estruturada por arquétipos, que se manifestam nas experiências individuais. Nesse contexto, conceitos como complexo, sombra e arquétipo permitiram sustentar a compreensão de que a experiência humana é atravessada por polaridades e conteúdos não conscientes que influenciam diretamente as escolhas e os modos de existir no mundo.

O artigo abrangeu o modo como o arquétipo do curador ferido se manifesta tanto no campo simbólico quanto na prática clínica, a partir da analogia com o mito de Quíron. Essa figura arquetípica evidencia a coexistência entre o saber

da cura e a presença de feridas psíquicas, permitindo compreender a atuação do psicólogo não como um cargo de neutralidade absoluta ou ausência de sofrimento, mas como uma posição atravessada por sua própria história e por seus conteúdos inconscientes. Nem mesmo o melhor dos curadores poderia estar livre da experiência simbólica de se encontrar ferido e precisar e cuidados.

Muitas vezes, os psicólogos buscam na prática clínica não apenas o exercício de uma profissão, mas também um espaço simbólico de elaboração de suas próprias questões. Os dados apresentados indicam que a escolha pela Psicologia não se dá de maneira aleatória, estando frequentemente associada a características pessoais, experiências prévias e motivações que, por vezes, não se encontram plenamente conscientes. Ao mesmo tempo, evidencia-se a presença de estereótipos que colocam o psicólogo em um lugar de saber absoluto, emocionalmente estável e distante do sofrimento, o que pode reforçar uma cisão entre os polos do curador e do paciente.

Esses estereótipos - a nível social – e a persona – referente a um mecanismo pessoal de adaptação - legitimam o papel assumido pelos psicólogos na clínica, e podem agir de modo a somar na construção da persona profissional, ou ser ela mesma um mecanismo de distanciamento do próprio self, à medida que ela não é condizente com as necessidades da alma e expressam a fragilidade do ego. Na prática clínica junguiana, porém, compreende-se que essa cisão tende a empobrecer o processo terapêutico, uma vez que desconsidera a dimensão relacional e simbólica do encontro analítico. O reconhecimento de que o terapeuta também é atravessado por conteúdos inconscientes possibilita uma atuação mais ética e integrada, na qual a escuta não se sustenta em uma posição de superioridade, mas na disponibilidade para o encontro entre duas psiques em constante transformação.

Para que um psicólogo esteja internamente paramentado para realizar seu trabalho, é indispensável que ele se disponha ao contato com suas próprias “feridas”, reconhecendo-as como parte constitutiva de sua prática. Esse movimento implica o enfrentamento da sombra e a elaboração de complexos, evitando a identificação unilateral com o papel de curador. Nesse sentido, o cuidado de si, por meio de processos como a psicoterapia pessoal, torna-se um recurso fundamental para sustentar a prática clínica de forma mais consciente.

O presente artigo buscou, portanto, contribuir para a ampliação da compreensão acerca da escolha pela psicologia, evidenciando sua dimensão simbólica e arquetípica. Esse é um conhecimento que permitiu refletir sobre a atuação clínica para além de seus aspectos técnicos, considerando o impacto das vivências subjetivas do terapeuta no processo terapêutico e a importância de uma postura que integre, em vez de negar, as próprias feridas.

A iniciação científica e o trabalho de conclusão de curso vão explorar mais algumas das lacunas identificadas ao longo desta pesquisa, especialmente no aprofundamento de outras categorias temáticas ainda não exploradas neste recorte. Dessa forma, espera-se dar continuidade à investigação das múltiplas dimensões que atravessam a prática do psicólogo, ampliando a compreensão sobre o cuidado em saúde mental também direcionado aos próprios profissionais da área.

REFERÊNCIAS

CONCEIÇÃO, Elizete de Fátima Veiga da; SIQUEIRA, Behr; ZUCOLOTTTO, Marcele Pereira da Rosa. **Aprendizagem mediada pelo professor**: uma abordagem vygotskyana. Res. Soc. Dev., v. 8, n. 7, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/1139/939>. Acesso em: 03 mai. 2026.

CONSTANTINO, Antonio. **Matemática e língua materna**: análise de uma impregnação mútua. In: MACHADO, Nilson José (org.). *Matemática e língua materna*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993. Publicado em: *Linguagem em (Dis)curso*, 2010.

D'AMBROSIO, Ubiratan. **Educação matemática**: da teoria à prática. Campinas: Papirus, 1996.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro**: efetividade ou ideologia. 11. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

FEUERSTEIN, Reuven; FEUERSTEIN, Rafael S.; FALIK, Louis H. **Além da inteligência**: aprendizagem mediada e a capacidade de mudança do cérebro. Petrópolis: Vozes, 2014.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MACHADO, Nilson José. **Matemática e língua materna**: análise de uma impregnação mútua. São Paulo: Cortez, 1990.

MEIER, Marcos; GARCIA, Sandra. **Mediação da aprendizagem**: contribuições de Vygotsky e Feuerstein. Curitiba: InterSaberes, 2007.

MOREIRA, Marco Antônio. **Aprendizagem significativa**: a teoria e os textos complementares. São Paulo: LF Editorial, 2011.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, repensar o pensamento. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

SANTOS, Akiko; SUANNO, João Henrique; ROSA SUANNO, Marilza Vanessa (org.). **Didática e formação de professores**: complexidades e transdisciplinaridade. Curitiba: CRV, 2013.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis: Vozes, 2014.

VYGOTSKY, Lev Semionovich. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

A FILHA QUIETA: uma perspectiva psicanalítica sobre o silêncio interior e a retração afetiva

Carolina Ferreira Rodrigues
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
carolina_30a@hotmail.com

Marina Carmo Vieira
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
marinacarmovieira@gmail.com.br

Sofia Muniz Alves Gracioli
Professora Uni-FACEF – Doutora FFCLRP-USP
sofiagracioli@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A retração silenciada na filha, configura-se como um padrão relacional recorrente, especialmente em contextos culturais onde a feminilidade é associada à submissão e ao recolhimento. Essa menina, que guarda tudo para si, evita expressar conflitos ou afetos intensos, preferindo um silêncio que mascara turbulências internas. Na psicanálise, tal retração pode ser compreendida como uma defesa contra a angústia de castração, conforme descrito por Freud (2010, p. 78), no qual o narcisismo primário se refugia no "Eu" para preservar a integridade psíquica diante de frustrações externas. Este artigo investiga esse silêncio não como mera timidez, mas como sintoma de uma dinâmica inconsciente, ancorada em relações objetais precoces.

2. RECORTE

O recorte deste estudo delimita-se à análise psicanalítica da retração silenciada em meninas pré-adolescentes e adolescentes (8-15 anos), em contextos familiares nucleares urbanos brasileiros, onde o silêncio emocional é reportado como traço predominante pela família. Excluem-se casos de diagnósticos psiquiátricos comórbidos (ex.: autismo, depressão maior) ou traumas agudos, focando em dinâmicas relacionais cotidianas. Essa delimitação permite uma

investigação profunda da formação defensiva narcísica como resposta a falhas no *holding* materno e demandas narcísicas parentais, sem generalizações patológicas.

3. JUSTIFICATIVA

A relevância deste estudo reside na prevalência crescente de queixas sobre "filhas quietas" em atendimentos clínicos psicanalíticos no Brasil, frequentemente subdiagnosticadas como mera introversão, mas que mascaram angústias profundas de castração e falhas transicionais. Em contextos culturais como o brasileiro, normas de gênero reforçam a submissão feminina, exacerbando introjeções patológicas (Zanetti; Gomes, 2011).

Justifica-se academicamente pela escassez de literatura psicanalítica específica sobre retração silenciada em meninas, contrastando com estudos sobre meninos hiperativos, e clinicamente pela necessidade de intervenções preventivas para evitar *acting-outs* ou somatizações na adultez. Contribui para a formação em psicologia educacional e orientação profissional, alinhando-se a demandas ABNT em teses sobre desenvolvimento infantil.

4. OBJETIVO

Objetivo geral: Analisar a retração silenciada na filha como formação defensiva narcísica na perspectiva psicanalítica freudiana-winnicottiana.

Objetivos específicos: Mapear mecanismos de defesa narcísica e introjeção parental; examinar o papel do objeto transicional ausente; propor vias de intervenção analítica.

5. METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo teórico-bibliográfico, com revisão sistemática de literatura psicanalítica (bases: SciELO, PEPsiC, CAPES), selecionando obras fundacionais (Freud, Winnicott, Klein, Lacan) e artigos recentes (2007-2026) sobre narcisismo infantil e retração afetiva (critérios PRISMA adaptados). Análise de conteúdo categorial (Bardin, 2011), com triangulação

conceitual para rigor. Não envolve sujeitos empíricos, priorizando síntese hermenêutica para aplicação clínica.

6. NARCISISMO PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO EM FREUD

Freud (2010) define narcisismo primário como investimento libidinal total no self infantil, revivido pelos pais como "Sua Majestade, o Bebê", projetando perfeição onipotente. Na filha quieta, falhas nessa idealização levam ao narcisismo secundário patológico: retirada libidinal do externo para proteção contra frustrações parentais. Pais narcisistas veem a criança como extensão do eu ideal, impedindo diferenciação; quando a menina não atende expectativas (ex.: ser "perfeita" e silenciosa), surge culpa internalizada, fomentando silêncio como defesa. Freud (2015, p. 45) liga isso à pulsão de morte (Thanatos), estagnação afetiva contra o Outro demandante. Estudos confirmam: narcisismo parental excessivo fragiliza funções parentais, gerando filhos com inibição verbal (Veludo; Viana, 2012).

6.2 O Silêncio como Defesa Narcísica

Freud (2010) postula que o narcisismo, em sua forma patológica, leva o sujeito a retirar investimentos libidinais do mundo externo, direcionando-os ao self em um movimento de autopreservação. Na filha quieta, esse mecanismo opera desde a infância: confrontada com expectativas parentais idealizadas como ser a boa menina que não incomoda, ela internaliza o interdito, transformando a verbalização em ameaça à autoimagem. Assim, o silêncio torna-se uma formação reativa, onde a pulsão de morte, thanatos freudiano (Freud, 2015, p. 45), impulsiona a estagnação afetiva para evitar o confronto com o Outro. Estudos clínicos corroboram que meninas com histórico de mães ansiosas exibem maior retração verbal, ecoando essa retirada libidinal (Klein, 1975, p. 223).

6.3 A Introjeção e o Objeto Transicional Ausente

Winnicott (2005) aprofunda essa análise ao conceituar o objeto transicional como ponte entre o interno e o externo, essencial para a separação-individuação. Na filha quieta, a ausência ou falha desse objeto frequentemente

devido a um ambiente materno não contendo resulta em uma introjeção excessiva das demandas parentais, tornando o silêncio uma "pele falsa" que protege o verdadeiro self fragilizado (Winnicott, 2005, p. 34).

Ela guarda tudo para si porque externalizar significaria expor a vulnerabilidade ao risco de rejeição, repetindo o trauma primário de não ser boa o suficiente. Lacan (1998), por sua vez, interpretaria esse silêncio como gozo no Real, um recalcamto do simbólico que impede a articulação do desejo (Lacan, 1958/1998, p. 412).

6.4 Holding e Objeto Transicional em Winnicott

Winnicott (2005, p. 34) conceitua holding como contenção materna que sustenta o verdadeiro *self*, via objeto transicional – ponte entre interno/externo. Na retração silenciada, falha *holding* (mãe ansiosa ou ausente) gera "pele falsa": silêncio como proteção contra angústia de aniquilação. Objetos transicionais (ex.: brinquedos) falham se mãe não rêverie afetos da filha, levando a dependência extrema ou ausência, com retração como substituto. Winnicott enfatiza: frustração controlada permite separação-individuação; excesso gera compliance, comum em filhas "boas" que guardam tudo. Clínica neonatal corrobora: bebês prematuros sem holding exibem retração similar na infância.

6.5 Posição Depressiva e Inveja em Klein

Klein (1975, p. 223) descreve posição depressiva: integração bom/mau objetos, com reparação. Na filha quieta, inveja primária ao seio (mãe) leva a projeções não elaboradas, superego invejoso que cala desejos para evitar destruição persecutória. Silêncio guarda ataques fantasmáticos, ecoando pulsão de morte kleiniana contra criatividade materna. Superego invejoso interfere reparação, perpetuando retração.

6.6 Gozo e Recalcamto em Lacan

Lacan (1998, p. 412) vê silêncio como gozo no Real: recalcamto simbólico impede articulação do desejo, com Nome-do-Pai falho. Filha quieta goza

no não-dito, resistindo castração simbólica; pais narcísicos falham interdição, mantendo fantasia fálica. Lacan (2007) nota: saber como o gozo opaco resiste à simbolização.

6.7 Narcisismo Parental Contemporâneo

No contexto brasileiro atual, o narcisismo parental manifesta-se como uma revival da onipotência adulta projetada sobre os filhos, o que fragiliza a autoridade parental genuína e compromete o desenvolvimento autônomo da criança. (Zanetti e Gomes 2011) argumentam que essa dinâmica contemporânea, intensificada por redes sociais e expectativas de performance familiar, leva os pais a usarem os filhos como extensões narcísicas, inibindo a tolerância à frustração. Essa projeção resulta em uma fragilidade estrutural na função paterna e materna, onde o filho é instrumentalizado para reparar falhas narcísicas parentais.

A filha quieta, nesse cenário, internaliza essa dinâmica como uma ferida narcísica profunda, optando pelo silêncio como estratégia defensiva para preservar o laço afetivo primário. Kohut (1977) descreve essa internalização como uma "ferida do *self*", em que a criança suprime sua agência para evitar o colapso do objeto idealizado. No Brasil, estudos locais reforçam que essa quietude mascara uma raiva contida, perpetuando ciclos de dependência emocional (Zanetti; Gomes, 2011).

Pesquisas empíricas indicam que o excesso narcísico parental impede as frustrações necessárias ao amadurecimento psíquico, predispondo a estruturas borderline ou retração crônica. Twenge e Campbell (2009) evidenciam, em análises geracionais, como o narcisismo inflacionado gera vulnerabilidade a desregulações afetivas, com paralelos no contexto brasileiro onde a cultura de "sucesso familiar" agrava o quadro. Assim, a ausência de limites saudáveis transforma o filho em espelho narcísico, bloqueando a individuação.

Por fim, intervenções clínicas devem visar a desconstrução dessa onipotência parental, promovendo a holding reparadora. Bion (1970) enfatiza a importância da contenção para metabolizar projeções, sugerindo que, no Brasil contemporâneo, terapias familiares podem mitigar esses efeitos, restaurando a

autoridade simbólica e permitindo a verbalização da ferida narcísica silenciada (Zanetti; Gomes, 2011).

6.8 Mecanismos na Infância Precoce

Desde os primeiros anos do desenvolvimento primário, a retração psíquica emerge em contextos de holding falho, onde o bebê introjeta demandas maternas excessivas, silenciando sua crise de angústia para se conformar ao ideal da "boa criança". Winnicott (2005) descreve o holding como essencial para a integração do self verdadeiro, e sua falha leva a uma falsa compliance, com introjeção de objetos idealizados que sufocam a espontaneidade.

Freud (2010) em "Sobre o narcisismo", explica essa dinâmica pela retirada libidinal, um mecanismo defensivo que evita a perda narcísica ao desinvestir do mundo externo em favor de um *self* autoerótico. Na infância precoce, isso se manifesta como silêncio afetivo, preservando o laço com a mãe onipotente às custas da expressão pulsional.

Um exemplo clínico hipotético ilustra: uma menina de 10 anos guarda raiva por ciúmes fraternos, repetindo a introjeção de uma mãe idealizada que pune verbalizações agressivas. Klein (1975) analisa esses ciúmes como posições esquizoparanóides não resolvidas, onde a introjeção defensiva perpetua a clivagem interna, silenciando a triangulação edípica.

Longitudinalmente, esses mecanismos precoces predispõem a retrações escolares e sociais, demandando intervenções que restaurem o espaço transicional. Estudos brasileiros confirmam que falhas no *holding* materno correlacionam com retração infantil, recomendando abordagens winnicottianas para fomentar a brincadeira reparadora Winnicott (2005).

6.9 Impacto na Adolescência

Segundo Erikson (1950), na adolescência, a retração prévia exacerba-se como um ato negativo contra a rebelião esperada, transformando o silêncio em resistência passiva ao desamparo revivido. Descreve como crise de identidade versus confusão de papéis, mas em casos de *holding* falho, o silêncio bloqueia a experimentação, revivendo angústias primárias.

Segundo Winnicott (2005) alerta que, sem objetos transicionais consolidados na infância, a adolescência reativa o desamparo originário, com o silêncio atuando como antítese à *acting out* esperada. Essa ausência de espaço transicional impede a mediação entre self verdadeiro e falso, perpetuando a dependência narcísica.

Segundo Lacan (1958) Da perspectiva lacaniana, o gozo real bloqueia a histeria adolescente típica, que seria o motor da demanda simbólica pelo pai. Em "Os Escritos", discute como o gozo invasivo da mãe primordial inibe a castração simbólica, resultando em retração como gozo autístico, sem entrada no Outro.

De acordo com Bion (1970) Intervenções na adolescência devem promover a simbolização desse silêncio, via análise transferencial que restaure a função alfa. No Brasil, pesquisas em psicologia educacional mostram que adolescentes retraídos se beneficiam de grupos terapêuticos, mitigando impactos na orientação profissional futura (Winnicott, 2005).

Esse retraimento impacta academicamente, com evasão escolar e baixa performance decorrentes da vulnerabilidade narcísica agravada pelo narcisismo parental. Estudos brasileiros revelam que estilos parentais narcísicos correlacionam com controle excessivo, inibindo autonomia e identidade na adolescência.

Socialmente, o silêncio gera isolamento relacional, com dificuldade em pares e redes de apoio, ampliando riscos de depressão e ansiedade. Jeammet (2005) enfatiza a tensão entre narcisismo e relação objetal nessa fase, onde falhas precoces intensificam dependência.

Terapias comunitárias emergem como complemento, promovendo horizontalidade e partilha para resgatar o pertencimento saudável. No contexto brasileiro, intervenções como terapia comunitária acolhem angústias adolescentes, fomentando empatia e integração social.

Por fim, perspectivas longitudinais sugerem recuperação de tarefas eriksônicas não resolvidas, via psicanálise que integra temporalidade winnicottiana. Pesquisas futuras no Brasil devem mapear trajetórias de retração, informando políticas de saúde mental adolescente.

Clínicamente, casos de filhas quietas revelam padrões repetitivos de submissão, demandando trabalho transferencial para romper impasses no laço

social. Abordagens lacanianas enfatizam a travessia do fantasma, permitindo saída do gozo autístico rumo à subjetivação plena.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O silêncio da filha quieta, longe de ser um traço inofensivo ou mera timidez, sinaliza uma economia psíquica profundamente comprometida, na qual defesas narcísicas arcaicas e introjeções patológicas inibem o florescimento subjetivo pleno. Essa dinâmica, enraizada em falhas no holding materno inicial, perpetua uma retirada libidinal freudiana que preserva o laço primário às custas da agência individual, resultando em retração crônica que se estende da infância à adolescência. No contexto brasileiro contemporâneo, normas culturais de gênero exacerbam esse fenômeno, posicionando a menina como guardiã do ideal familiar harmonioso, o que reforça o silêncio como estratégia adaptativa disfuncional.

Essa economia psíquica revela-se em sintomas como isolamento afetivo, baixa autoestima e dificuldade em relações interpessoais, frequentemente mascarados por uma falsa compliance que oculta angústias narcísicas não simbolizadas. Estudos sobre narcisismo parental destacam que mães narcisistas, caracterizadas por grandiosidade, falta de empatia e exploração afetiva dos filhos, geram impactos psicossociais profundos, incluindo ansiedade, depressão e perfeccionismo nos descendentes. Assim, o silêncio não é mera ausência de fala, mas uma formação reativa que protege o self fragilizado, ecoando a gramática winnicottiana onde o retraimento preserva o verdadeiro self ameaçado.

Intervenções psicanalíticas surgem como via privilegiada para romper esse ciclo vicioso, com ênfase na análise do brincar winnicottiano, que restaura o espaço transicional e permite a verbalização gradual das pulsões silenciadas. Winnicott (2005) propõe o brincar como técnica acessando o inconsciente infantil, transformando o silêncio de resistência em hesitação criativa e conquista terapêutica. No Brasil, abordagens integrando holding e contenção bioniana mostram eficácia em clínicas familiares, promovendo a simbolização de feridas narcísicas e a reinvestidura libidinal no mundo externo.

Além disso, terapias conjuntas com pais e filhos, focadas em desconstruir projeções narcísicas parentais, favorecem a individuação, mitigando

riscos de estruturas borderline ou depressivas. Pesquisas indicam que o acolhimento do silêncio como holding vivo pelo analista cria confiança, permitindo que a filha quieta emerga do retraimento para uma comunicação autêntica. Essas intervenções não só aliviam sintomas imediatos, mas reestruturam a parentalidade, substituindo a onipotência por autoridade simbólica genuína.

Futuras pesquisas poderiam aprofundar contextos culturais brasileiros, explorando como normas de gênero como o ideal da "filha boazinha" em famílias de classe média reforçam a retração, integrando perspectivas interseccionais de raça e classe social. Estudos longitudinais sobre narcisismo materno na América Latina revelam correlações com distúrbios psiquiátricos em filhas adultas, demandando investigações empíricas com escalas como a *Narcissistic Personality Inventory* adaptada. Ademais, análises qualitativas de casos clínicos poderiam mapear trajetórias de superação via psicanálise, contribuindo para políticas de saúde mental escolar.

Por fim, compreender o silêncio da filha quieta como sintoma cultural e psíquico urge uma praxis clínica sensível ao contexto brasileiro, onde o narcisismo parental intersecta com pressões socioeconômicas. Promover pesquisas interdisciplinares, unindo psicanálise e psicologia educacional, pode enriquecer orientações profissionais, empoderando gerações futuras contra ciclos de silenciamento. Assim, o florescimento subjetivo não é utopia, mas horizonte viável mediante escuta viva e intervenções reparadoras.

REFERÊNCIAS

BION, W. R. **Aprendendo com a experiência**. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

ERIKSON, E. H. **Infância e sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

FREUD, S. **Além do princípio do prazer**. In: Obras completas, v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 2015. p. 1-64. (Original publicado em 1920).

FREUD, S. **Sobre o narcisismo: um estudo introdutório**. In: Obras completas, v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 2010. p. 75-102. (Original publicado em 1914).

Intervenções psicológicas para o tratamento de adolescentes. Revista Rease, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/16099>. Acesso em: 8 maio 2026.

JEAMMET, P. **A adolescência e a paixão de saber**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KLEIN, M. **A importância simbólica da genitália masculina**. In: **O amor e a inveja e outros estudos**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 210-225. (Original publicado em 1930).

KLEIN, M. **Contribuições à psicanálise: 1921-1945**. São Paulo: Imago, 1975.

KOHUT, H. **A análise do self**. São Paulo: Francisco Alves, 1977. (Original publicado em 1971).

LACAN, J. **Os Escritos**. São Paulo: Perspectiva, 1998. (Original publicado em 1958).

LACAN, J. **Os seminários de Jacques Lacan: livro 5 as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Original publicado em 1958).

Mães narcisistas: impacto no desenvolvimento infantil. Revista de Estudos em Management e Saúde, v. ?, 2021. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/remis/article/view/2865>. Acesso em: 8 maio 2026.

Narcisismo e estilos parentais: o impacto da parentalidade. João Pessoa: UFPB, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/34907>. Acesso em: 8 maio 2026.

Narcisismo materno e os impactos da criação no desenvolvimento dos filhos. Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/12721>. Acesso em: 8 maio 2026.

O silêncio na clínica psicanalítica a partir das concepções de Winnicott. Revista Natureza Humana, 2016. Disponível em: <https://revistas.dww.com.br/index.php/NH/article/view/224>. Acesso em: 8 maio 2026.

Parentalidade e o Desenvolvimento Psíquico na Criança. Brasília: UnB, 2012. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14237/2/ARTIGO_ParentalidadeDesenvolvimentoPsiquico.pdf. Acesso em: 8 maio 2026.

REVISTA, Se-Não. **Temporalidade e regressão**. Disponível em: <https://ibpw.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Temporalidade-e-Regressao-Revista-Se-Nao-5-2-2014.pdf>. Acesso em: 8 maio 2026.

TWENGE, J. M.; CAMPBELL, W. K. **O narcisismo epidêmico: como viver em uma cultura de vaidade**. Rio de Janeiro: Sextante, 2009.

VELUDO, M. C.; VIANA, L. **Parentalidade e desenvolvimento psíquico na criança**. 2012.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

WINNICOTT, D. W. **Teoria do relacionamento dependente**. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 31-48. (Original publicado em 1960).

ZANETTI, A. M.; GOMES, I. C. **A fragilização das funções parentais na família contemporânea**. Revista Brasileira de Psicanálise, v. 45, n. 2, p. 475-496, 2011.

A INFLUÊNCIA DOS TRAUMAS INFANTIS NO DESENVOLVIMENTO DE SERIAL KILLERS: uma revisão bibliográfica

Gabriele Alves Pereira de Oliveira
Graduanda Psicologia Uni-FACEF
alvesgabriele403@gmail.com

Giovana Gonçalves Pastre
Graduanda Psicologia - Uni-FACEF
giogpastre@gmail.com

Maiara Matter Gonzales
Graduanda Psicologia - Uni-FACEF
maiamattergonzales@gmail.com

Zahara Andrade David
Graduanda Psicologia Uni - FACEF
zahara.flowers@outlook.com

Sofia Muniz Alves Gracioli
Professora Uni-FACEF- Doutora FFCLRP-USP
sofiagracioli@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Os traumas sofridos durante a infância são frequentemente apontados na literatura psicológica e criminológica como um importante fator de risco para o desenvolvimento de comportamentos violentos na vida adulta. Experiências traumáticas como violência física, abuso sexual, negligência emocional e ambientes familiares instáveis podem comprometer o desenvolvimento psicológico da criança, afetando a formação da empatia, o controle de impulsos e a construção de vínculos afetivos saudáveis.

Esses traumas podem contribuir para o surgimento de padrões de comportamento antissocial e agressivo, que, associados a outros fatores biológicos, sociais e psicológicos, podem estar presentes na trajetória de indivíduos que se tornam assassinos em série. Dessa forma, compreender a relação entre os traumas infantis e a formação da personalidade violenta torna-se fundamental para a análise do fenômeno dos serial killers e para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção.

O tema deste artigo é relevante pois busca identificar traços de violência nas personalidades das crianças, permitindo uma intervenção psicossocial antes que estes traços se consolidem em patologias irreversíveis na vida adulta. Ao perceber sinais de alerta e desvios de conduta em estágios formativos, o artigo propõe que a investigação dos traumas infantis não serve apenas como diagnóstico, mas como uma ferramenta vital de segurança pública e saúde mental, capaz de interromper o ciclo de violência que está presente em perfis de criminosos, como os serial killers.

O objetivo deste estudo é investigar a relação entre experiências de traumas na infância e o desenvolvimento de comportamentos violentos em assassinos em série, com foco nos impactos psicológicos desses traumas na formação da personalidade. A pesquisa concentra-se em investigações teóricas e estudos de caso presentes na literatura da psicologia e da criminologia, buscando identificar padrões recorrentes de traumas infantis na história de vida desses indivíduos.

A presente revisão bibliográfica foi realizada por meio de um levantamento de dados no Google Acadêmico, teorias da Psicologia e estudos de casos de serial killers.

2. IMPACTOS DO TRAUMA INFANTIL NO COMPORTAMENTO ADULTO

Experiências traumáticas vividas na infância quebram a expectativa de um ambiente seguro e acolhedor, que é fundamental para a organização psíquica e para o desenvolvimento de habilidades de regulação emocional (Moreira, Ferreira e Damasceno, 2022). Uma ampla gama de estudos confirma que essas experiências adversas precoces não se desfazem com o tempo; ao contrário, consolidam-se como fatores de risco para um extenso leque de desadaptações comportamentais e emocionais na vida adulta (Melo et al., 2025; Macari et al., 2024). Assim, a ausência de um ambiente acolhedor na origem compromete os pilares da regulação emocional, deixando marcas que persistem como riscos ao longo da vida.

Um dos efeitos mais amplamente descritos está relacionado à regulação emocional. Adultos que vivenciaram situações de abuso ou negligência durante a infância costumam apresentar baixa tolerância ao sofrimento psíquico e

tendem a utilizar estratégias de enfrentamento de caráter defensivo e evitativo (Silva e Nunes, 2026). Essa dificuldade em manejar estados internos de angústia pode precipitar crises de ansiedade e episódios depressivos, funcionando como um mecanismo subjacente a diversas psicopatologias (Melo et al., 2025; Macari et al., 2024). A internalização de figuras parentais ausentes ou abusivas compromete a formação de vínculos de apego seguros, gerando, na vida adulta, um constante temor ao abandono, baixa autoestima e um sentimento difuso de não ser “digno de amor” (Silva e Nunes, 2026; Rocha, Kern e Galeli, 2024). Como consequência, as relações interpessoais, especialmente as amorosas, tornam-se fontes de insegurança, oscilando entre a necessidade excessiva de proximidade e o isolamento defensivo (Rocha, Kern e Galeli, 2024; Silva e Nunes, 2026). Desse modo, as falhas na regulação emocional e no estabelecimento de vínculos seguros reaparecem na vida adulta sob a forma de instabilidade afetiva, sofrimento psíquico e relacionamentos marcados pela oscilação entre a busca intensa por proximidade e o retraimento defensivo.

Um dos contributos centrais de Zavaroni e Viana (2015) para a metapsicologia do trauma é a introdução do termo "situação potencialmente traumática". As autoras argumentam que não existe uma relação linear e direta entre um acontecimento externo e a constituição de um trauma. Segundo elas, o trauma não deve ser entendido apenas como o evento em si, mas como um processo psíquico complexo. Ao utilizar o termo "potencialmente", ressalta-se que a eficácia traumática de um evento depende da capacidade de processamento do sujeito e de sua susceptibilidade no momento da ocorrência.

A compreensão do desenvolvimento humano e de suas possíveis patologias encontra um alicerce fundamental na trilogia Apego e Perda, de John Bowlby. No primeiro volume, Apego (1984), o autor estabelece que o vínculo entre a criança e sua figura de cuidado não é meramente uma resposta a necessidades fisiológicas, mas um imperativo biológico de proteção e sobrevivência. Quando esse sistema é perturbado, os efeitos são descritos em Separação (1984), onde Bowlby analisa a gênese da angústia e do medo; para o autor, a indisponibilidade ou a ambivalência da figura de apego gera um estado de incerteza que compromete a confiança da criança no mundo externo. Finalmente, em Perda (1985), discute-se o impacto devastador do rompimento definitivo dos laços. A incapacidade de processar

o luto ou a vivência de perdas precoces sem o suporte adequado pode resultar em uma desorganização da personalidade, frequentemente manifestada na vida adulta através de dificuldades na regulação emocional ou no desenvolvimento de comportamentos antissociais e desapego afetivo (Bowlby, 1985). Assim, a qualidade do apego inicial funciona como o protótipo para a saúde mental, onde rupturas severas na "base segura" tornam-se preditores de vulnerabilidade psíquica significativa. Assim, a qualidade do apego inicial funciona como o protótipo para a saúde mental, onde rupturas severas na "base segura" tornam-se preditores de vulnerabilidade psíquica significativa.

A articulação entre a teoria do apego e a gênese da violência reside na compreensão de que a carência afetiva crônica não apenas fragiliza o psiquismo, mas altera a percepção do indivíduo sobre a alteridade. Quando a privação materna ocorre de forma persistente, o sujeito falha em consolidar os Modelos Operacionais Internos (MOI) de segurança, passando a visualizar o mundo como um ambiente inerentemente hostil e imprevisível. Conforme postulado por Bowlby (1984), na ausência de uma "base segura" que forneça regulação emocional, a criança pode desenvolver mecanismos de defesa arcaicos, onde a agressividade deixa de ser uma reação momentânea para se tornar uma ferramenta de controle e sobrevivência. Essa desorganização primária atua como um catalisador para o comportamento violento na vida adulta, uma vez que a incapacidade de processar o próprio sofrimento impede a internalização da empatia, transformando a violência em uma via de comunicação para um Eu que nunca foi devidamente acolhido ou significado.

Sob a ótica econômica da psicanálise, o trauma é caracterizado por um afluxo de excitações que rompe o "escudo protetor" do Eu. Conforme discutido pelas autoras, a criança, por estar em pleno desenvolvimento de suas defesas, encontra-se mais exposta a esse afluxo. O acontecimento torna-se traumático quando impede o fluxo pulsional, paralisando o acontecer psíquico. Zavaroni e Viana (2015) enfatizam que o trabalho clínico deve, portanto, focar na reconstrução do sentido dessas vivências, permitindo que o sujeito dê um novo destino ao excesso que outrora o paralisou.

O conceito de desamparo (Hilflosigkeit) é fundamental para compreender por que certas vivências na infância se cristalizam como traumáticas.

Zavaroni e Viana (2015) propõem um paralelo com a teoria do narcisismo de Freud, estabelecendo as categorias de desamparo primário e desamparo secundário: Desamparo Primário: Refere-se ao estado inicial de prematuridade biológica e psíquica do bebê, que depende inteiramente do outro para sobreviver e para significar suas pulsões. Desamparo Secundário: Ocorre quando o Eu, já em processo de formação, depara-se com um excesso de excitação que não consegue elaborar, revivendo a angústia daquela fragilidade arcaica. Essa distinção é crucial porque sugere que o trauma na infância é, essencialmente, um encontro com o excesso que o psiquismo ainda não possui recursos para dominar.

A literatura revisada é consistente em apontar a associação entre traumas infantis e o desenvolvimento de transtornos mentais. Estudos indicam que o abuso físico, emocional, sexual e a negligência predizem de forma significativa a ocorrência de depressão maior, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e ideação suicida na idade adulta (Macari et al., 2024; Melo et al., 2025). O abuso sexual na infância, em particular, é um dos preditores mais robustos de psicopatologia, podendo desencadear transtornos dissociativos, alimentares e de personalidade (Lopes, Silva E Ribeiro, [s.d.]). Para além dos diagnósticos formais, observa-se no comportamento na vida adulta uma maior tendência ao consumo abusivo de álcool e outras substâncias, à prática de automutilação e ao envolvimento em contextos de violência (Gomes Da Silva, [s.d.]; Rocha, Kern e Galeli, 2024). Tais condutas, muitas vezes, funcionam como tentativas disfuncionais de regular a dor psíquica não elaborada.

Dentre os tipos de trauma, a negligência e o abandono paterno merecem destaque por suas repercussões particulares. A negligência infantil, caracterizada pela omissão de cuidados básicos e afetivos, está associada a prejuízos significativos no desenvolvimento cognitivo, à dificuldade em cumprir regras sociais e à reprodução intergeracional do comportamento negligente, revelando um ciclo de vulnerabilidade social e afetiva (Feitosa et al., 2025). O abandono paterno, por sua vez, impacta diretamente a construção da identidade e do autoconceito, favorecendo traços de transtornos de personalidade, especialmente do agrupamento B (como o transtorno de personalidade borderline), e dificultando o estabelecimento de uma identidade ocupacional e sexual bem definida na vida adulta (Silva e Nunes, 2026; Rocha, Kern e Galeli, 2024). Assim, enquanto a

negligência se desdobra em prejuízos cognitivos e na perpetuação de um ciclo de vulnerabilidade, o abandono paterno incide de modo particular sobre a formação da identidade, favorecendo traços de personalidade disfuncionais e dificuldades na definição ocupacional e sexual.

Embora os impactos sejam profundos, a relação entre trauma infantil e comportamento adulto não é linear. Fatores como o suporte social, a presença de uma figura adulta protetora e o desenvolvimento de resiliência atuam como moderadores, capazes de atenuar as consequências negativas (Melo et al., 2025; Silva e Nunes, 2026). A qualidade das relações familiares subsequentes e a disponibilidade de redes de apoio surgem como elementos cruciais para interromper o ciclo de sofrimento e possibilitar a ressignificação da experiência traumática (Gomes da Silva, [s.d.]). A psicanálise destaca que o processo terapêutico, ao oferecer um espaço seguro para a análise da transferência e dos conteúdos inconscientes, permite ao adulto reconstruir narrativas pessoais e promover uma reorganização psíquica que o liberta da repetição sintomática do passado (Gomes da Silva, [s.d.]; Moreira, Ferreira e Damasceno, 2022). Portanto, a atenuação dos efeitos do trauma infantil está atrelada à atuação de fatores moderadores como o suporte social e a resiliência, assim como à possibilidade de, no espaço terapêutico, reconstruir narrativas e promover uma reorganização psíquica diante das experiências adversas.

3. TRAUMA INFANTIL E A GÊNESE DO SERIAL KILLER

O desenvolvimento da personalidade criminosa, especialmente no que tange aos homicídios em série, é um fenômeno complexo que encontra as suas raízes em falhas estruturais durante as primeiras etapas da vida. A literatura destaca que o ambiente familiar atua como a base principal para o desenvolvimento biopsicossocial, quando este núcleo é marcado por negligência ou violência, a maturação emocional da criança é severamente comprometida. Sob a ótica de autores como Winnicott e Freud, a ausência de um "ambiente suficientemente bom" impede a integração do "eu" e a formação de vínculos afetivos saudáveis, estabelecendo as primeiras vulnerabilidades para comportamentos disfuncionais na vida adulta.

"Um ambiente suficientemente bom é aquele que possibilita à criança a realização de seu potencial herdado, permitindo que ela se desenvolva de acordo com suas próprias tendências inerentes." (Winnicott, 1975, p. 24).

"As impressões da infância, tanto as de natureza traumática quanto as de natureza afetiva, exercem um efeito determinante sobre a estruturação do aparelho psíquico e a conduta futura do indivíduo." (Freud, 1996, p. 142).

Desse modo, as falhas na função protetiva do núcleo familiar, ao impedirem a integração do "eu" e a constituição de vínculos afetivos saudáveis, produzem, desde as primeiras etapas da vida, vulnerabilidades que a literatura aponta como fundamentais para a emergência de comportamentos disfuncionais na vida adulta.

Esta fragmentação psíquica é aprofundada por traumas não elaborados que, segundo a teoria de Sándor Ferenczi, podem levar a uma "clivagem" da personalidade, onde a criança, para sobreviver ao abuso, acaba por introjetar a agressividade do seu agressor (Ferenczi, 1992). Dessa forma, a convergência entre a ausência de um ambiente suficientemente bom, as impressões traumáticas da infância e a clivagem da personalidade aponta para uma base psíquica fragmentada, na qual a introjeção da agressividade do agressor se instala como um elemento central na origem de comportamentos disfuncionais na vida adulta.

Um dos pontos centrais na análise do desenvolvimento psicopático reside nas experiências vivenciadas durante os primeiros anos de vida. Conforme apontado na "Análise dos traumas da infância e o desenvolvimento psicopático em criminosos serial killers" (Cipeex, s.d.), existe uma correlação significativa entre abusos físicos, negligência emocional e o desenvolvimento de distúrbios de personalidade na vida adulta.

A recorrência de traumas como abusos e negligência emocional nas fases iniciais do desenvolvimento é apontada como um elemento central na estruturação de personalidades violentas, prejudicando a capacidade empática e a estabilidade dos vínculos afetivos (Raposo; Cantarelli, 2024). Essa instabilidade ambiental favorece o surgimento de comportamentos antissociais e dificuldades na regulação de impulsos, manifestando-se ainda na infância por meio de indícios como o desrespeito sistemático a normas e atos de crueldade (Rodrigues, 2023; Vaz,

2023). Tais manifestações precoces são compreendidas como sinais de uma organização psíquica voltada à psicopatia, onde a percepção do dano causado ao outro é severamente reduzida (Luciano; Moreira, 2025). Desse modo, abusos e negligências na infância convergem para a formação de uma personalidade marcada pelo esvaziamento da empatia, pela instabilidade dos vínculos e por uma regulação precária dos impulsos, cujos primeiros sinais já delineiam uma organização psíquica em que o dano ao outro é minimizado.

Moura (2023) reforça que o ambiente familiar disfuncional compromete a formação do superego e da empatia. A exposição contínua à violência doméstica ou ao abandono cria um "vazio emocional" que o indivíduo, futuramente, busca preencher através do controle e do domínio sobre suas vítimas. O modus operandi desses criminosos frequentemente reflete traumas ou fantasias alimentadas por essas privações na infância.

A hipótese da privação materna, formulada por John Bowlby, postula que a ausência de uma relação contínua, íntima e calorosa entre a criança e sua figura de apego primária, durante os anos críticos do desenvolvimento, resulta em danos graves e potencialmente irreversíveis à saúde mental. Segundo Bowlby (2006), a privação prolongada pode levar ao desenvolvimento de uma estrutura de personalidade incapaz de estabelecer vínculos afetivos genuínos, fenômeno que o autor denominou como "psicopatia sem afeto" (affectionless psychopathy). Nesse cenário, a interrupção precoce do cuidado ou a negligência severa impedem que a criança desenvolva a capacidade de empatia e o controle de impulsos, uma vez que a base necessária para a regulação emocional não foi consolidada. Assim, a carência afetiva na infância não é apenas um evento isolado, mas um fator etiológico central na predisposição para comportamentos antissociais e para a dificuldade de adaptação social na vida adulta, funcionando como um catalisador para trajetórias de violência

A análise de estudos de caso reais demonstra como a convergência entre traumas severos e patologias mentais culmina em comportamentos sádicos. No caso de Marcelo Costa de Andrade, conhecido como o "Vampiro de Niterói", a literatura destaca que sua trajetória foi marcada por "abusos físicos, negligência e instabilidade familiar, favorecendo um padrão de apego desorganizado" (Raposo; Cantarelli, 2024). Essa desestruturação precoce, quando associada a quadros de

esquizofrenia e delírios místicos, exemplifica como o indivíduo pode reencenar seus traumas de forma violenta. De maneira análoga, o estudo sobre Luis Garavito, o "La Bestia", reforça a tese de que a violência sexual praticada por esses indivíduos funciona como uma "repetição compulsiva de traumas não resolvidos, onde a vítima torna-se agressor em um esforço patológico para recuperar o controle perdido na infância" (Sales; Dutra, 2024). Assim, os casos práticos ratificam que a mente do assassino em série não é fruto de um evento isolado, mas de um processo contínuo de degradação psíquica iniciado por vulnerabilidades ambientais e familiares.

Outras análises de figuras notórias na criminalidade brasileira, como "Pedrinho Matador" e Febrônio Índio do Brasil, ilustram como a desestruturação do núcleo familiar e a exposição precoce à violência moldam a personalidade psicopática. Segundo Vaz (2023), o histórico de Pedro Rodrigues Filho, marcado por agressões sofridas ainda no útero materno e um ambiente doméstico de extrema brutalidade, ratifica a tese de que a família, ao falhar em sua função protetiva, pode atuar como um agente catalisador da conduta criminoso. De maneira semelhante, o caso de Febrônio evidencia que a ausência de limites e de um suporte emocional adequado na infância contribui para a formação de indivíduos incapazes de sentir remorso ou empatia. Esses exemplos práticos reforçam que, embora a psicopatia possa ter componentes endógenos, é a "influência negativa e a carência afetiva no ambiente familiar" que frequentemente potencializam a transição de traços de personalidade para atos de violência extrema (Vaz, 2023). Assim, os casos de "Pedrinho Matador" e Febrônio Índio do Brasil materializam o papel catalisador de uma família marcada pela brutalidade e pela ausência de suporte emocional, na qual a carência afetiva e a exposição precoce à violência esvaziam a empatia e impulsionam a conversão de traços psicopáticos em atos de violência extrema.

A distinção entre psicopatas e psicóticos é também fundamental para entender o perfil desses agentes. Enquanto o psicótico pode apresentar uma ruptura com a realidade, o serial killer psicopata geralmente possui plena consciência de seus atos, agindo de forma calculista e organizada. Moura (2023) destaca que a capacidade de camuflagem social, o chamada "máscara de sanidade", permite que esses indivíduos transitem na sociedade sem levantar suspeitas, muitas vezes mantendo famílias e empregos estáveis enquanto planejam seus crimes.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre experiências de traumas na infância e o desenvolvimento de comportamentos violentos em assassinos em série, com foco nos impactos psicológicos desses traumas na formação da personalidade. A pesquisa concentra-se em investigações teóricas e estudos de caso presentes na literatura da psicologia e da criminologia, buscando identificar padrões recorrentes de traumas infantis na história de vida desses indivíduos.

A presente revisão bibliográfica permitiu concluir que a gênese da violência extrema, em particular o fenômeno dos assassinos em série, está intrinsecamente ligada a graves falhas estruturais no ambiente primário de desenvolvimento. A análise dos textos evidencia que traumas infantis, como abusos físicos, sexuais e negligência emocional severa, não são eventos isolados no tempo, mas elementos que comprometem a organização psíquica e a capacidade de regulação emocional do indivíduo até a vida adulta.

Os dados corroboram a tese de que a ausência de um "ambiente suficientemente bom", como proposto por Winnicott, somada à clivagem da personalidade discutida por Ferenczi, cria uma vulnerabilidade onde a vítima frequentemente introjeta a agressividade do agressor. Os estudos de caso brasileiros, como os de Marcelo Costa de Andrade e Pedrinho Matador, ilustram de forma contundente que a falha da família em sua função protetiva atua como catalisadora da conduta criminosa e da psicopatia. Observa-se que o comportamento sádico e a reencenação da violência são, em última análise, tentativas disfuncionais e patológicas de processar traumas não elaborados. Além disso, a pesquisa destacou que a privação materna e a negligência severa podem catalisar a "psicopatia sem afeto", onde a base necessária para a empatia não é consolidada e o conceito de desamparo (Hilflosigkeit), primário e secundário, revela que o trauma na infância é o encontro com um excesso que o psiquismo ainda não possui recursos para dominar.

Dentre as tipologias de trauma, observou-se que a negligência está associada a prejuízos cognitivos e à reprodução intergeracional da violência, enquanto o abandono paterno incide diretamente na construção da identidade,

favorecendo traços de transtorno de personalidade borderline e dificuldades na definição ocupacional e sexual. Tais vivências resultam em adultos com baixa tolerância ao sofrimento, que utilizam mecanismos defensivos e muitas vezes recorrem ao abuso de substâncias ou à automutilação como tentativas disfuncionais de regular a dor psíquica.

Contudo, ressalta-se que o desenvolvimento de comportamentos antissociais é um fenômeno multifatorial, onde a interação entre predisposições endógenas e variáveis ambientais desempenha um papel crucial. A pesquisa também destaca a importância de fatores de resiliência e suporte social como moderadores capazes de interromper ciclos de violência intergeracional e na clínica, o foco na reconstrução do sentido das vivências traumáticas permite que o sujeito dê um novo destino ao excesso que outrora o paralisou.

Em última análise, as evidências apresentadas convidam a uma reflexão sobre a desconstrução da imagem do agressor como uma entidade puramente perversa e isolada de seu contexto histórico-social. Ao compreender o assassino em série como o produto final de uma sucessão de negligências e violências não contidas, este estudo não busca eximir o indivíduo de sua responsabilidade jurídica, mas sim ressaltar que a prevenção da criminalidade extrema exige uma vigilância ética sobre a qualidade do cuidado infantil. Espera-se que esta discussão fomente novas pesquisas empíricas que aprofundem a compreensão sobre os mecanismos de resiliência, permitindo que a sociedade e o Estado atuem de forma mais eficaz na proteção dos direitos fundamentais da criança e na consequente mitigação da violência social estrutural.

Por fim, este estudo reforça a necessidade de um olhar interdisciplinar entre a Psicologia e o Direito, enfatizando a importância da identificação precoce de sinais psicopatológicos na infância. Recomenda-se o fortalecimento de políticas públicas de apoio às famílias em situação de risco, visando intervenções precoces que possam impedir a consolidação de trajetórias criminosas e promover a saúde mental desde as etapas iniciais da vida.

REFERÊNCIAS

- FEITOSA, L. E. A. et al. Impactos da negligência na infância sobre o desenvolvimento e vida adulta: revisão integrativa da literatura brasileira. **DESIdades**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 117-134, set./dez. 2025.
- GOMES DA SILVA, B. Maus tratos infantis e suas consequências na vida adulta: uma abordagem psicanalítica. [S.l.: s.n.], [s.d.].
- LOPES, C. R.; SILVA, L. S.; RIBEIRO, T. S. **Impactos psicológicos do abuso sexual infantil na fase adulta**. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade Alfa Unipac, Teófilo Otoni, 2024.
- LUCIANO, Anna Gabryella de Souza; MOREIRA, Tatiana Valéria Emídio. Análise dos traumas da infância e o desenvolvimento psicológico em criminosos serial killers. In: CONGRESSO DE INOVAÇÃO E PESQUISA COM EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA (CIPEEX), 2025, Anápolis. **Resumo Expandido...** Anápolis: UniEVANGÉLICA, 2025.
- MACARI, Matheus Dal Bosco et al. Influência do trauma na infância sobre a saúde mental. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá, v. 6, n. 2, p. 2241-2249, fev. 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n2p2241-2249. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1562>.
- MARINHO, M. L. N. **A relação entre trauma na infância e o desenvolvimento de perfis de serial killers**. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade Alfuanipac, Teófilo Otoni, 2024. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/7365>. Acesso em: 2 maio 2026.
- MELO, G. S.; ARAÚJO, R. S. S. O impacto do trauma na infância no desenvolvimento de comportamentos violentos e antissociais. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E EXTENSÃO (CIPEEX), 11., 2024, Anápolis. Anais eletrônicos... Anápolis: UniEVANGÉLICA, 2024. Disponível em: <https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/14829>. Acesso em: 2 maio 2026.
- MELO, Luís Felipe da Silva Medeiros et al. Análise das consequências a longo prazo da violência infantil: uma revisão da literatura. **Interference: A Journal of Audio Culture**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 4306-4325, out. 2025. DOI: 10.36557/2009-3578.2025v11n2p4306-4325. Disponível em: <https://interferencejournal.emnuvens.com.br/revista/article/view/268>.
- FERREIRA, Francielle Henrique; MOREIRA, Camila Dias; DAMASCENO, Márcio Rocha. Traumas infantis e seus impactos na vida adulta. **Pensar Acadêmico**, Manhuaçu, v. 8, n. 1, 2023. Disponível em: <https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/semiarociencia/article/view/3678>.

MOURA, Maria Eduarda Franklin. **Seriais Killers: o ambiente e os fatores que influenciam na sua personalidade**. 2023. Artigo (Graduação em Direito) – Escola de Direito, Negócios e Comunicação, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2023.

OLIVEIRA, Igor Rodrigues de. Serial Killer: uma análise criminológica acerca da formação da mente desses criminosos. **Revista Fronteiras Interdisciplinares do Direito**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 70-92, 2023.

RAPOSO, Suany Valoz Mendonça; CANTARELLI, Marina Pessoa de Luna. Vampiro de Niterói: um estudo de caso sobre psicopatologia, trauma e religiosidade na formação de um serial killer. **Acervo+**, [s. l.], v. 24, e16223, 2024.

REGO, Maria Beatriz de Albuquerque. **Trauma na infância e o desenvolvimento de comportamentos violentos: uma revisão de literatura**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2018. Disponível em: <http://tcc.fps.edu.br:80/jspui/handle/fpsrepo/2158>. Acesso em: 2 maio 2026.

MELO, G. S.; ARAÚJO, R. S. S. **O impacto do trauma na infância no desenvolvimento de comportamentos violentos e antissociais**. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E EXTENSÃO (CIPEEX), 11., 2024, Anápolis. **Anais eletrônicos...** Anápolis: UniEVANGÉLICA, 2024. Disponível em: <https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/14829>. Acesso em: 2 maio 2026.

ROCHA, M. L. et al. Violência intrafamiliar na infância: efeitos psicológicos. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 56-57, jan./jun. 2024.

RODRIGUES, Isabella de Oliveira. **Psicopatologia Criminal: os indícios apresentados na infância**. 2023. Monografia (Graduação em Direito) – Escola de Direito, Negócios e Comunicação, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2023.

SALES, Ana Beatriz; DUTRA, Guaíra Moreira Camilo de Melo. Serial Killers: criaturas atroz ou pessoas feridas? Repetição da violência sexual de assassinos em série à luz da teoria do trauma. **Leitura Flutuante: Revista de Estudos em Psicologia e Psicanálise**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 90-106, 2024.

SENA, E. P. et al. **Psicopatia em uma amostra de detentos de uma penitenciária do estado da Bahia**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 31, n. 3, p. 331-338, jul./set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032273331338>. Acesso em: 2 maio 2026.

SILVA, Thalia Macario da; NUNES, Alexandre Aby Hacan. O impacto do trauma infantil na vida adulta: consequências psicológicas do abandono paterno no desenvolvimento emocional. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 9, n. 20, p. e093101, mar. 2026. DOI: 10.55892/jrg.v9i20.3101. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/3101>.

VAZ, Ludmila Gabriela Peixoto. **Psicopatia: a influência familiar em crianças e adolescentes para o desenvolvimento do comportamento criminoso**. 2023. Artigo (Graduação em Direito) – Escola de Direito e Relações Internacionais, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2023.

A OBSERVAÇÃO DE BEBÊS NA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA: um estudo a partir da experiência de estágio

Isabella de Oliveira Garcia
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
isabellagarcia2611@gmail.com

Manuela Ferreira Salomão
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
manu.fsalomao@gmail.com

Irma Helena Ferreira Benate Bomfim
Doutora em Psicologia – Uni-FACEF
irmabenate@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A observação de bebês configura-se como um complexo dispositivo na formação em Psicologia, especialmente no campo psicanalítico, ao possibilitar o acesso direto às experiências iniciais de constituição do sujeito. Trata-se de um método que ultrapassa a dimensão técnica e possui um caráter pedagógico, pois insere o estudante de Psicologia/Psicanálise em um campo relacional vivo, no qual se desvelam as primeiras formas de vínculo, comunicação e organização psíquica. Ao acompanhar de maneira sistemática e contínua a relação entre o bebê e seus cuidadores em seu ambiente natural, o observador é convocado a sustentar uma posição de atenção sensível e não intrusiva, que favorece a captação tanto dos aspectos manifestos quanto dos elementos inconscientes que atravessam essa relação. Nesse sentido, a observação de bebês permite compreender, em ato, como se estruturam as bases da vida emocional, evidenciando a centralidade das primeiras relações na constituição do psiquismo.

O Método de Observação de Bebês, introduzido por Esther Bick no contexto da formação psicanalítica, apresenta como característica fundamental a inclusão do observador como parte integrante do campo observado. Diferentemente de abordagens que buscam a neutralidade ou o distanciamento, esse método reconhece que o observador é atravessado por transferências, contratransferências e intensas ressonâncias emocionais, que passam a constituir material de análise e reflexão. Esse exercício favorece a ampliação da capacidade de continência

psíquica e o desenvolvimento de uma escuta clínica mais refinada, aspectos fundamentais para a atuação profissional.

Para além da dimensão metodológica, a observação de bebês possibilita uma aproximação aprofundada das funções psíquicas envolvidas no materno e na constituição dos vínculos iniciais. A capacidade da mãe de acolher, transformar e devolver as experiências emocionais do bebê em formas simbolizáveis revela-se essencial para o desenvolvimento da atividade psíquica e para a construção de um sentido de continuidade do ser. Dessa forma, o presente trabalho propõe-se a relatar e refletir acerca da produção teórica da experiência de estágio em Observação de Bebês, promovida pelo curso de Psicologia do Uni-Facef, articulando seus fundamentos teóricos com a compreensão das dinâmicas psíquicas que permeiam o início da vida, evidenciando sua potência como instrumento de formação de futuros psicoterapeutas e de aprimoramento e aprofundamento da escuta clínica.

2. A METODOLOGIA DA OBSERVAÇÃO DE BEBÊS

2.1 A especificidade do método de observação de bebês a partir do método bick

Esther Bick introduziu pela primeira vez a observação de bebês no curso de formação de psicanalistas em 1948, na Inglaterra. Seu objetivo era que essa experiência contribuísse no aprendizado da psicanálise e no atendimento clínico, contribuindo “para aumentar a capacidade de continência das próprias fantasias, prevenindo atuações e capacitando-os a indagar-se constantemente” (França; Grunspun, 2019, p. 163).

No método Bick de observação de bebês existem três passos:

- observar uma dupla mãe-bebê por uma hora semanalmente nas condições habituais onde vive e numa família razoavelmente estruturada;
- registro posterior do observador (fatos, impressões, sentimentos);
- reunião e discussão nos seminários. (França; Grunspun, 2019, p. 164)

O diferencial desse método em comparação com outros referentes ao desenvolvimento do bebê é possuir o observador como elemento fundamental (Ungar, 2000 *apud* França; Grunspun, 2019). Sendo assim, o observador passa a não estar isento de transferências e contratransferências ou impactos emocionais. A autora traz que, na observação de bebês, sempre haverá interação entre os elementos envolvidos – mãe, bebê e observador, logo, é necessário que os sentimentos próprios do observador sejam percebidos. Bick diz também que “[...] o observador deve ter uma postura de despojar-se das teorias enquanto realiza a observação” (1967 *apud* França; Grunspun, 2019, p. 165).

O método de observação psicanalítico parte da reunião de elementos observados, dos quais constrói-se as conjecturas psicanalíticas, que podem ou não serem confirmadas ao decorrer da experiência (França; Grunspun, 2019). Certas qualidades são essenciais no observador continente nesse método, como a atenção, a disponibilidade e a mente receptiva (Houzel, 2010 *apud* França; Grunspun, 2019). De acordo com França e Grunspun (2019, p. 166):

Nesse método, reunimos todos os dados apreendidos pelos órgãos dos sentidos: emoções e fantasias captadas por essa mente receptiva continente que processa de forma consciente e inconsciente.

Em seus relatos, o observador deverá descrever, além dos fatos, as repercussões emocionais vivenciadas durante a observação (França; Grunspun, 2019). Com o passar das observações, o estudante perceberá “[...] uma ampliação na sua captação dos fenômenos inconscientes, sem a necessidade de intervenção durante o processo” (França; Grunspun, 2019, p. 167). É necessário ter uma atenção flutuante e, ao mesmo tempo, prestar atenção em todos os detalhes. Para as autoras (2019, p. 167):

Segundo Houzel, o observador se utiliza de um tipo particular de receptividade em que as informações são captadas pela emoção, imaginação e processos de pensamentos, simultaneamente conscientes e inconscientes, mantendo uma habilidade para tolerar ausência de significados ou uma incompreensão dos fenômenos apreendidos. Ele chama esse tipo de receptividade, que o observador oferece para a dupla mãe-bebê, de mente receptiva. Essa atitude receptiva constitui um espaço para serem projetados sentimentos, fantasias e angústias. Essa é uma função de *rêverie* não interpretativa (Houzel, 2010).

Segundo Bion, a função continente tem dois elementos: a recepção das mensagens e a transformação. Durante a observação de bebês essa transformação é inconsciente, sendo de forma não-verbal e captada por uma atitude de contenção e um estado de mente receptiva do observador.

Durante as supervisões cria-se um espaço onde os relatos escritos serão apresentados. É nesse momento em que é possível discutir e elaborar as ansiedades vividas pelos integrantes do grupo durante suas observações. Além disso, o grupo oferece a oportunidade de observar diferentes experiências e outras formas de pensar cada situação. Segundo França e Grunspun (2019, p. 168):

Diversas formas de ver a mesma experiência constituem um treino contínuo durante os seminários, ampliando o campo de percepção de cada elemento em relação a sua observação.

O grupo de supervisão constitui uma mente receptiva para o observador, oferecendo-o o apoio necessário. De acordo com França e Grunspun (2019, p. 171):

As discussões nos seminários auxiliam o observador a conscientizar-se de sua contratransferência e das identificações projetivas, constituindo um treino para sua atividade clínica, situação na qual deve estar em condições de olhar seu paciente sem se deixar invadir pelas suas identificações.

O observador precisa estabelecer com a família um elo de confiança, que se inicia a partir da constância do setting, pois é a partir desta que o observador conseguirá perceber mudanças e implicações (Oliveira-Menegotto; Lopes; Caron, 2010). É necessário também que o observador adote uma postura de espera, ou seja, que aguarde que as coisas se revelem de forma natural. Segundo Oliveira-Menegotto, Lopes e Caron (2010, p.42):

Na observação, os observadores não interpretam ou intervêm clinicamente nas vidas das famílias que são observadas, embora não possamos negar que a simples presença do observador faz uma diferença no setting, podendo ter um efeito terapêutico. Tal potencial terapêutico do método é reconhecido quando a presença do observador, de uma forma sutil e silenciosa, oferece um holding [...] um ambiente continente, dado por uma postura empática e não intrusiva do observador.

2.2 A metodologia da observação mãe-bebê na família e sua contribuição para a formação analítica

Ao introduzir a observação de bebês no curso de formação de psicanalistas na Clínica Tavistock, em 1948, Esther Bick acreditava que tal experiência representaria um avanço significativo de compreensão tanto teórica quanto prática para aqueles que se iniciavam no aprendizado da psicanálise e no atendimento clínico, contribuindo também para o aumento das capacidades de continência das próprias fantasias, capacitando-os para autorreflexões e indagações de suas próprias memórias e transferências constantemente. Desde o início, Bick deu ênfase à observação de bebês como instrumento de formação. Esse método, além da própria observação, confere ao observador a liberdade e a oportunidade para sentir suas próprias reações, pensamentos e sentimentos (objetos de estudo), para depois “pensá-los” em supervisões semanais e, mais profundamente, em análise pessoal, se este for o caso.

O procedimento de observação se organiza em três tempos principais: a observação semanal, o relato escrito e a supervisão. A observação consiste em visitas semanais de aproximadamente uma hora, realizadas sempre no mesmo local e horário, o que confere constância ao setting. Essa constância é considerada fundamental, pois cria condições de previsibilidade tanto para a família observada quanto para o observador, aproximando-se da lógica do setting psicanalítico.

Após a observação, o estudante deve registrar por escrito o que viu e sentiu, elaborando um relato descritivo. O objetivo do relato não é a interpretação imediata, mas sim a descrição detalhada das interações, incluindo as próprias impressões e afetos despertados no observador. Como destacam os autores, “o observador deve escrever de forma livre, buscando permanecer fiel à experiência vivida, mesmo que não compreenda de imediato o que presenciou” (Oliveira-Menegotto; Lopes; Caron, 2010, p. 42).

Por fim, os relatos são apresentados em um grupo de supervisão, conduzido por analistas experientes. Esse espaço de supervisão tem a função de continente, ou seja, de acolher as ansiedades e dúvidas despertadas no observador, ajudando-o a refletir sobre o que foi visto. Trata-se, portanto, de um espaço essencial não apenas para a formação, mas também para a elaboração emocional dos efeitos da experiência. Nesse ponto, observa-se a influência das ideias de Bion

sobre a função continente, pois a supervisão opera como um campo de transformação das experiências emocionais brutas em elementos pensáveis.

Bick (1967) enfatiza que a observação é muito valiosa e que o observador deve ter uma postura de despojar-se das teorias enquanto realiza a observação, fundamental para o desenvolvimento desse trabalho. Sabemos das angústias que emergem naqueles que se propõem essa tarefa. Mélega (1987) relaciona as mais comuns: medo de ser invasivo, de não poder retribuir a colaboração da mãe e de não conseguir se manter numa posição reflexiva sem atuar. O observador experimenta uma situação desconhecida, pois inicia a observação com um preparo teórico em que a interpretação é seu instrumento de trabalho, mas se vê frente a um novo setting. Sua atividade será observar a dupla e a si mesmo, escrevendo posteriormente seu relato, descrevendo não apenas os fatos, mas também as repercussões emocionais que experiencia durante a hora de observação. Por um lado, devemos fazer uso da atenção flutuante e, por outro, devemos nos atentar aos mínimos detalhes. Conforme Bion e Houzel:

No setting da observação, cria-se uma especial que facilita ao observador captar as comunicações não verbais e, por rêverie não interpretativa, a dupla mãe-bebê será compreendida e se mostrará apta para melhor conter suas angústias (Bion, 1967/1988; Houzel, 2010).

A função continente, segundo Bion (1962), apresenta dois componentes essenciais: a recepção das mensagens e a sua transformação. Na análise, essa transformação ocorre por meio da interpretação. No contexto da observação de bebês, a transformação é de natureza inconsciente e primitiva, não se expressa pela linguagem verbal, mas por formas não verbais, percebidas na atitude de contenção e no estado mental receptivo do observador.

As supervisões criam um espaço no qual são compartilhados os relatos escritos das observações. Trata-se de uma oportunidade para discutir e elaborar as ansiedades do observador e dos demais participantes do grupo. Esses encontros são fundamentais, pois o grupo atua como continente para as ansiedades que emergem no processo de observação e, ao mesmo tempo, oferece a chance de conhecer outras experiências e diferentes olhares para compreendê-las. A presença do grupo auxilia o observador a compreender suas próprias angústias e as identificações que podem interferir em sua função. Os relatos dos colegas colocam

cada observador diante de outras observações, permitindo o confronto com diversas duplas mãe-bebê. Diferentes formas de perceber a mesma experiência funcionam como um exercício contínuo nos seminários, ampliando o campo perceptivo de cada participante em relação ao que observa.

O observador iniciante, mesmo que possua experiência clínica, depara-se com uma situação inédita, distinta das vividas anteriormente, que exige a criação de um espaço interno e externo capaz de conter a turbulência provocada pela aproximação de relações tão intensas e primitivas, presentes tanto na dupla mãe-bebê quanto nele próprio. A vivência emocional que transforma a identidade analítica do observador é um aspecto crucial no desenvolvimento das funções de um analista, além de favorecer e estimular mudanças mentais na dupla mãe-bebê, especialmente no que diz respeito aos seus aspectos mais primitivos.

O observador ocupa uma posição particular: ele não deve intervir ativamente na interação, mas tampouco é neutro ou invisível. Sua presença é sentida pela família e pode exercer efeitos importantes. Inspirando-se nas ideias de Winnicott sobre o holding, os autores afirmam que a presença do observador, quando pautada pela empatia e pela constância, pode oferecer à mãe uma experiência de sustentação emocional.

Essa função é especialmente relevante em contextos de sofrimento psíquico. Assim, o método revela um potencial clínico:

Ao permanecer junto à mãe em momentos de intenso sofrimento, sem recorrer a interpretações ou intervenções diretas, o observador pôde exercer uma função de holding, oferecendo continência psíquica àquela que, diante do desamparo provocado pelo diagnóstico, encontrava-se em risco de desorganização. O olhar atento e empático, aliado à constância da presença semanal, funcionou como um ponto de apoio simbólico, permitindo que a mãe suportasse suas angústias e fortalecesse sua capacidade de se vincular ao bebê” (Oliveira-Menegotto; Lopes; Caron, 2010, p. 50).

Tal trecho mostra a posição defendida pelos autores: ainda que não seja uma intervenção terapêutica clássica, a observação pode assumir caráter clínico, na medida em que se torna uma forma de sustentação não verbal.

3. A DIMENSÃO PSÍQUICA DO MATERNAR

3.1 *Rêverie* materno e o desenvolvimento da atividade simbólica do bebê

O conceito de *rêverie* materno aparece inicialmente na teoria de Bion, conectado com a capacidade simbólica do bebê. Nessa teoria, segundo Mélega e Sonzogno (2024, p. 542), os pensamentos são classificados de acordo com “a natureza de sua história em preconcepções, concepções ou pensamentos e conceitos”. A junção entre a preconcepção (de seio) e a realização (experiência emocional de satisfação) resulta em concepção. Já a união da preconcepção (de seio) com a frustração (não seio) gera o pensamento. Bion delimita o uso do termo pensamento exclusivamente a essa conjunção entre preconcepção e frustração. O próximo passo dependerá da aptidão do bebê em lidar com a frustração (Mélega; Sonzogno, 2024, p. 542-543).

Assim, pode-se resumir que Bion empregava o termo pensamento apenas quando havia o encontro entre preconcepção e frustração. No que diz respeito às preconcepções, estas estariam vinculadas a condições indispensáveis para a sobrevivência do bebê. A personalidade da criança, por sua vez, será em grande parte manejada pela mãe e, nesse processo, ambos passam por constantes ajustes na relação, sendo a identificação projetiva um mecanismo fundamental para esse manejo realizado pela figura materna.

O bebê, em contato com seu par — ou seja, a mãe — de maneira ainda primitiva, recorre a um certo senso de realidade do qual dispõe para efetivar a identificação projetiva (Mélega; Sonzogno, 2024). Nesse movimento, torna-se possível à criança projetar em sua mãe o temor da morte e, caso esta tolere tal projeção, oferece uma via de resposta que o bebê é capaz de suportar. A essa resposta acolhedora Bion denominou “função alfa”:

O conceito de ‘função alfa’ supõe que esta converta dados sensoriais e emocionais em elementos alfa, dando à psique material para os pensamentos oníricos. O bebê não consegue, por si, fazer uso dos dados sensoriais e emocionais e os expulsa por meio do mecanismo de IP realista, para dentro da mãe. A capacidade da mãe de *reverie* funciona como um órgão receptor das sensações que o bebê obtém de seu próprio self” (Mélega; Sonzogno, 2024, p. 544).

A rejeição dessas projeções, ao contrário, caracteriza uma atitude de não-*rêverie*, levando o bebê a reintrojetá-las. O problema é que, nessa condição, a

criança é incapaz de atribuir sentido ao que retorna para si. Em outras palavras, quando a mãe falha em sua capacidade de *rêverie*, o bebê não consegue compensar tal ausência por conta própria, ficando impossibilitado de gerar significado. Essa falha é denominada de colapso da *rêverie* materna (Mélega; Sonzogno, 2024) e é registrada pela criança como se fosse um objeto que, intencionalmente, não acolhe ou não compreende, ainda que seja alvo de identificação.

Quando a criança enfrenta uma situação de frustração, tende a evitá-la ou afastar-se dela, buscando preservar seu equilíbrio interno. É relevante destacar que qualquer forma de resposta materna, verbal ou não verbal, carrega em si elementos simbólicos. Assim, a resposta da mãe pode se manifestar por meio de gestos, sons ou pela própria fala.

De acordo com Mélega e Sonzogno (2024), a maior intensidade de *rêverie* ocorre nos três primeiros meses de vida do bebê, decaindo progressivamente nos meses seguintes. As autoras ainda sublinham que, em certos casos, a ausência de *rêverie* pode ter efeitos positivos no desenvolvimento infantil.

Segundo Bion, existem três modos pelos quais o bebê pode lidar com a frustração: buscar uma solução, recorrer ao mecanismo de evacuação ou utilizar a estratégia de evitar/negar — esta última considerada a forma mais prejudicial para a constituição da personalidade (Mélega; Sonzogno, 2024).

Quando a criança opta por enfrentar a frustração, isso indica que existe potencial para substituir o objeto ausente, aguardar o seu retorno ou responder a ele de forma tolerante, sem prolongar sentimentos de rancor. É importante ressaltar que, conforme apontam Mélega e Sonzogno (2024), o tempo é um fator determinante: a demora excessiva no atendimento às necessidades agrava a frustração, tornando-se um obstáculo para que o bebê encontre uma solução.

A chamada “tentativa de solução” está estreitamente ligada à “tolerância à frustração”. Nos primeiros momentos da vida, a criança dispõe de pouquíssimos recursos para enfrentar ativamente tais experiências, esperando que a mãe desempenhe essa função (Mélega; Sonzogno, 2024).

3.2 O papel materno na sociedade atual

Ao tratar da forma como a sociedade lida com a morte, Lyth (2024) examina também a função materna e sua articulação com o luto. Para as mães, o luto é tão essencial quanto as emoções associadas à alegria e à realização, já que é por meio dele que a mãe enfrenta seus próprios afetos e reações em relação ao bebê (Lyth, 2024). O nascimento é vivido, tanto pela mãe quanto pelo bebê, como um momento atrelado a perigo, e esse sentimento permanece quando se percebe a fragilidade da criança e a maneira como ela precisa do outro para sobreviver fisicamente e psicologicamente. Para Lyth (p. 123, 2024): “As ameaças ou experiências verdadeiras de fenômenos psicóticos são tão reais quanto as ameaças ou o medo da morte física e com muita frequência são experimentados como a mesma coisa”

Para que haja crescimento emocional, é indispensável que a mãe consiga elaborar suas vivências frente a esse fenômeno, permitindo o desenvolvimento de ambos. Lyth (p. 124, 2024) enfatiza a experiência cotidiana do bebê diante das perdas e a necessidade de alcançar um processo de luto adequado:

A capacidade de lidar com sua própria ansiedade pela vida de seu bebê afeta intimamente sua capacidade para ajudá-lo a elaborar a ansiedade sobre a sua morte e a morte da mãe, o que, por sua vez, é crucial para a sobrevivência psicológica e a qualidade da vida futura dele. (Lyth, p. 124, 2024)

Lyth (2024) aborda a experiência normal do bebê com as perdas e sua necessidade de alcançar o luto adequado. Todas as perdas, maiores ou menores, são significativas para a criança no início da vida, como por exemplo o desmame. Uma das perdas experienciadas pelo bebê é a ausência da mãe, pois está ligada a perda dos aspectos bons do bebê que estão identificados com a mãe. De acordo com Lyth (p.128, 2024):

Uma ausência mais prolongada da mãe – e pode ser por um tempo muito curto – pode atuar como uma terrível confirmação da fantasia de perda permanente e levar a estados óbvios de depressão e desespero, mesmo em bebês bem pequenos.

O desenvolvimento psíquico saudável exige que o bebê seja auxiliado a elaborar um luto amadurecido, condição para estabelecer relações afetivas consistentes (Lyth, 2024). Esse apoio torna-se crucial nos momentos da posição

esquizoparanóide e da posição depressiva, o que torna necessária a presença de uma figura continente.

Nos primeiros meses de vida da criança, a mãe também demanda alguém que acolha suas angústias, devolvendo-as de maneira suportável, além de poder substituí-la temporariamente quando preciso. Em modelos familiares tradicionais, essa função costuma ser atribuída ao pai; entretanto, nas sociedades ocidentais atuais, isso muitas vezes não ocorre, uma vez que o trabalho absorve a maior parte do tempo paterno (Lyth, 2024). Nessas condições, sem a rede de apoio adequada, a mãe tende a sentir-se sobrecarregada e acreditar que suas aflições não encontram reconhecimento, deixando de buscar suporte e ficando sem auxílio psicológico.

A organização social contemporânea oferece pouco amparo ao exercício da maternidade, impondo às mães, ainda que de forma indireta, exigências que ultrapassam o cuidado com a criança, como a obrigação de contribuir economicamente para o sustento da família. Na lógica moderna, a complexidade e o caráter exigente do papel materno frequentemente são desconsiderados. Tal cenário repercute na relação mãe-bebê, frequentemente marcada por sentimentos de ambivalência, culpa e vivências persecutórias, decorrentes da impossibilidade de dedicar integralmente suas capacidades ao trabalho (Lyth, p. 134, 2024).

3.3 A ansiedade gestacional

O processo de Observação de Bebês é caracterizado também pelas experiências biopsíquicas sociais vivenciadas no processo gestacional. Deste modo, tal etapa pode assumir múltiplos sentidos para cada mulher, sendo acompanhado por manifestações de ansiedade e pela produção de fantasias particulares, que precisam ser acolhidas e elaboradas para evitar possíveis agravamentos emocionais (Soifer, 1980). Conforme apontam Ferreira *et al.* (2018), esse período implica profundas transformações na vida da gestante — alterações orgânicas, psíquicas e sociais — e inaugura novas formas de representação sobre si e sobre a maternidade. Dessa maneira, a mulher vivencia momentos marcados por tensão, expectativas, angústias e pela necessidade de enfrentar o simbolismo inerente ao tornar-se mãe (Ferreira *et al.*, 2018).

Nos estágios iniciais da gestação, ao notar sensações corporais distintas e perceber mudanças fisiológicas, muitas mulheres podem experimentar incertezas relacionadas à possibilidade de estar grávidas. Medos e vivências persecutórias podem emergir nesse momento, frequentemente vinculados a conteúdos infantis, despertando sentimentos de culpa ligados a fantasias de agressão à própria mãe e ao desejo inconsciente de ocupar o lugar materno (Soifer, 1980).

Paralelamente, essas ansiedades, fantasias e inseguranças podem aparecer simbolizadas no campo onírico. Nos sonhos, elementos altamente representativos — como interiores de casas, recipientes, animais pequenos, crianças ou veículos — podem expressar conteúdos internos da gestante relativos ao bebê e às mudanças vividas (Soifer, 1980).

Além disso, a gravidez tende a ser permeada por intensas expectativas. Em casos de gestação planejada, a mulher engaja-se na construção simbólica do bebê e imagina suas características; entretanto, mesmo na gravidez não planejada, alterações conscientes e inconscientes influenciam essa elaboração. A negligência no uso de métodos contraceptivos ou certos mecanismos psíquicos podem revelar um desejo inconsciente pela maternidade, mesmo quando tal desejo não é admitido de forma explícita (Ferreira; Elias; Corrêa, 2018).

Dentro dessa perspectiva, observa-se que muitas gestantes constroem mentalmente imagens e características do filho ainda não conhecido. A representação de traços físicos e comportamentais pode estar presente antes mesmo da concepção, apenas como fantasia, mas ganha força quando a mulher começa a perceber as primeiras movimentações fetais, momento repleto de significados emocionais (Ferreira; Elias; Corrêa, 2018).

Entretanto, Soifer (1980) ressalta que o reconhecimento desses primeiros movimentos depende de fatores individuais, como a personalidade da gestante e sua capacidade de tolerar a emergência das ansiedades que esse evento desperta. Nessa direção, Langer (1974) indica que toda gravidez mobiliza, em maior ou menor grau, conflitos entre tendências maternas e sentimentos de rejeição. A recusa parcial da gestante pode ser compreendida a partir de angústias persecutórias que remetem à elaboração do conflito edipiano, levando ao uso de

defesas como a negação, que surge como um modo de encerrar temporariamente esse conflito interno (Soifer, 1980).

Outros receios também podem emergir durante a gestação, incluindo o medo de ter um bebê com deformidades, o temor da morte no parto, preocupações com possíveis traições do parceiro ou angústias relacionadas às transformações corporais e à possibilidade de manter-se permanentemente diferente do que era antes da gestação (Soifer, 1980). Esses temores refletem tanto a ansiedade diante do bebê ainda desconhecido quanto os medos ligados ao término da gravidez e ao início do período de lactação (Soifer, 1980).

No decorrer do segundo e terceiro mês, ocorre o chamado “período de risco para o aborto”, associado simbolicamente ao processo de placentação. Trata-se de um momento em que fantasias inconscientes de esvaziamento ou roubo podem ser reativadas, levando ao surgimento de sintomas somáticos — como inflamações vaginais ou uterinas — que atuam como tentativas inconscientes de evitar a continuidade da gestação. Por isso, a compreensão e o esclarecimento desses processos tornam-se fundamentais para reduzir a ansiedade da gestante e promover uma adequada “higiene mental” relacionada ao tema do aborto (Soifer, 1980).

À medida que o final da gravidez se aproxima, o bebê se posiciona de cabeça para baixo no canal de parto. Essa percepção pode despertar intensa ansiedade, por remeter às fantasias de esvaziamento do corpo materno. As respostas emocionais são acompanhadas de manifestações somáticas, como crises hipertensivas, quadros gripais, alterações intestinais e, em casos extremos, a possibilidade de parto prematuro (Soifer, 1980).

O momento do parto, por sua vez, pode evocar tensões significativas — medo da dor, receio da morte própria ou do bebê, angústia diante de um parto traumático ou da possibilidade de deformidades. Como o espaço no útero se torna limitado, os movimentos fetais diminuem, e essa diminuição pode levar a mãe a sentir que o bebê não se move mais, intensificando preocupações (Soifer, 1980).

Diante de tantas transformações físicas, emocionais e sociais, o acompanhamento psicológico e a análise pessoal mostram-se extremamente benéficos para a gestante. O suporte profissional contribui para a elaboração das fantasias persecutórias, para a redução das ansiedades e para o fortalecimento da

compreensão interna acerca da experiência materna, favorecendo a construção de um vínculo afetivo mais sólido com o bebê (Ferreira; Elias; Corrêa, 2018).

3.4 A depressão pós-parto

Após o nascimento do bebê, durante o puerpério, ocorrem transformações profundas em múltiplas dimensões da vida dos pais — física, emocional, relacional e social. Esse momento é marcado por uma intensa instabilidade psíquica, e a ausência de uma rede de apoio sólida — especialmente para a mãe — pode comprometer severamente a construção do vínculo mãe-bebê, dificultando a sensibilidade materna às necessidades do recém-nascido (Barreto, 2015).

A mãe, ao assumir a posição central de intimidade e fusão com seu filho (França, 2019), desempenha um papel crucial na trilha entre os sinais do bebê, choros, movimentos, expressões e a sua tradução psíquica. Para que ela possa atuar como figura continente, oferecendo segurança emocional, é fundamental que tenha suporte nos primeiros dias pós-parto, período em que podem emergir sentimentos de estranhamento, tristeza ou inadequação. Esses efeitos emocionais se manifestam frequentemente como o chamado “baby blues”: uma reação transitória e comum nas puérperas, caracterizada por instabilidade de humor, choro fácil, irritabilidade e sensibilidade exaltada, geralmente persistindo por até duas semanas, mas que, se prolongado, pode evoluir para depressão pós-parto (Barreto, 2015; Silva, 2018).

Segundo Goes, Roure e Lima (2023), a chegada da criança provoca uma profunda recalibração na imagem interna da mãe: ela precisa abandonar a representação idealizada, fantasiosa do filho para acolher a figura real que nasceu. Esse processo simbólico pode implicar uma elaboração de perdas psíquicas intensas — entre elas, um luto pela identidade anterior de gestante, já que a maternidade real exige uma nova forma de existência (Folino, 2014).

Além disso, a psicodinâmica do puerpério pode resultar em sintomas clínicos graves. Conforme descreve Costa (2013), a depressão pós-parto frequentemente se manifesta com desânimo persistente, culpa, insônia ou hipersonia, diminuição da libido, ideias obsessivas ou suicidas. Esse conjunto

sintomático compromete não apenas o bem-estar da mãe, mas também a qualidade da relação com o bebê, e exige intervenção clínica. Barreto (2015) defende que é indispensável um olhar que vá além do corpo, isto é, que reconheça a subjetividade singular da mulher, seu histórico emocional e relacional.

Para fornecer esse acolhimento, é essencial investigar a trajetória da mulher, examinando sua história de saúde mental, suas perdas e traumas pregressos. Esse processo possibilita oferecer suporte psicológico qualificado, facilitando a reconstrução emocional da mãe na nova realidade materna (Barreto, 2015). Intervenções precoces são especialmente importantes: instituições de saúde mental perinatal enfatizam a necessidade de escuta, validação e orientação para a mãe, assim como a promoção de redes de apoio familiares e comunitárias.

As consequências da depressão materna não se restringem à mãe: a falta de vínculo afetivo seguro nos primeiros meses pode prejudicar o desenvolvimento emocional, cognitivo e relacional da criança, e afetar sua capacidade futura de estabelecer relações de confiança.

Estudos internacionais reforçam essa conexão entre estresse materno, saúde mental e sensibilidade materna: uma meta-análise sobre estresse contextual e sensibilidade materna encontrou que sintomas internalizantes (como depressão e ansiedade) estão negativamente correlacionados com a capacidade materna de responder de forma sensível e contingente aos sinais do bebê (Booth; Macdonald; Youssef, 2019).

Além disso, grandes estudos de coorte demonstraram que a depressão pós-parto pode surgir tanto precocemente (nas primeiras semanas) quanto posteriormente, sendo influenciada por eventos de estresse durante a gravidez ou na infância, bem como por fatores genético-ambientais.

Em cenários contemporâneos, também se observa a importância das plataformas digitais como suporte para pais no pós-parto. Pesquisas recentes mostram que fóruns online e serviços de apoio digital são espaços nos quais mães compartilham angústias, pensamentos suicidas, dificuldades de adaptação e falta de suporte, evidenciando a urgência de redes acessíveis de apoio psicológico.

Ainda, intervenções simples podem ter impacto relevante: estudos sugerem que a prática regular de exercício (mesmo leve) após o parto pode reduzir os sintomas de “baby blues” e diminuir o risco de depressão clínica. Por isso, a

promoção de autocuidado, somada a acompanhamento terapêutico, é estratégica para a saúde mental materna.

Portanto, ao considerar a dependência afetiva e física do bebê em relação à mãe, é fundamental que os profissionais de saúde tenham uma abordagem ampla e integrada, que contemple o histórico psíquico da mulher, seus recursos de apoio, seus medos e fantasias. Esse cuidado possibilita não só a mitigação de risco para depressão pós-parto, mas também a construção de um vínculo mãe-bebê mais saudável e acolhedor, favorecendo o desenvolvimento emocional da criança e o bem-estar materno.

4. A INFLUÊNCIA DO AMBIENTE NA SUSTENTAÇÃO PSÍQUICA DO BEBÊ

4.1 A mãe suficientemente boa

A teoria de Winnicott traz o conceito de mãe suficientemente boa, ou seja, uma mãe que se adapta as necessidades do bebê (Arcangioli, 1995). Essa mãe é a representação do ambiente suficientemente bom e permite que a criança desenvolva sua vida psíquica e física. Em sua teoria, Winnicott “acreditava que as mães, desde que dispostas, possuem em si um modo natural para cuidar e se dedicar ao filho e isso nenhum livro é capaz de ensinar” (Arantes, 2018, p. 13).

O primeiro conceito que Winnicott traz acerca o desenvolvimento emocional do bebê é o da integração. É a partir desse momento que o bebê constrói o “eu”, saindo de sua solidão existencial (Arantes, 2018). Para que a integração ocorra de maneira satisfatória, é necessário a existência do ambiente suficientemente bom, ou seja, de alguém que cumpra a função materna, como discutido anteriormente. Segundo Arantes (2018, p. 19):

É através da identificação da mãe com o seu bebê que é possível que ela se torne o ambiente favorável e se adapte às demandas do filho, percebendo o que auxilia em seu desenvolvimento.

Durante o primeiro ano de vida, Winnicott elabora que há três funções maternas essenciais: o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos. O *holding* está caracterizado em segurar o bebê de maneira adequada, fazendo seu manejo de forma a protegê-lo e ensiná-lo sobre seu próprio corpo. É através do toque que o

bebê desenvolve inicialmente o conceito de personalização, reconhecendo-se como ser humano e integrando seu corpo e psique. Sendo assim,

[...] pode-se entender que o holding se consolida a partir do contato físico da mãe com o seu bebê. Ao segurá-lo no colo, a mãe fornece ao filho a sensação de proteção e ao mesmo tempo o estimula pelo contato pele a pele. Através dessa função a mãe proporciona ao seu bebê a sensação de estabilidade, segurança e amparo, aspectos essenciais ao desenvolvimento humano. (Arantes, 2018, p. 20)

O *handling* promove a personalização, onde o bebê identifica seu próprio corpo. Tudo que acontece com o corpo do bebê é elaborado por seu psiquismo, sendo assim, é essencial que a mãe realize o manejo de forma que o filho compreenda a experiência corporal. Logo,

Quando as necessidades do bebê são atendidas de forma adequada, isso favorece o fortalecimento da relação psique-soma. Quando ocorrem falhas por parte do ambiente em corresponder a essas necessidades, a criança não é capaz de integrar as experiências corporais relacionando-as com a psique. Isso faz com que ela não sinta com toda intensidade as sensações relacionadas a seu corpo. (Arantes, 2018, p. 21)

Por último, a apresentação de objetos dá início à capacidade do bebê de se relacionar com outros objetos, entrando em contato com a realidade externa ao seu redor (Arantes, 2018). A mãe é responsável por essa apresentação, portanto, “a mãe devotada tem a sensibilidade de agir de acordo com as necessidades do bebê, apresentando a ele os objetos que são necessários em cada momento” (Arantes, 2018, p. 21).

4.2 A influência paterna

A figura paterna apresenta-se importante diante da contribuição que oferece ao desenvolvimento psicológico dos filhos, uma vez que sua relação e interação afetiva configuram experiências fundamentais para a constituição psíquica de cada criança e, diante das diferenças apresentadas, a relação é distinta para cada uma delas (Dessen, 1997). Tais diferenças expressam não apenas estilos parentais próprios, mas também modos particulares de cada criança se vincular e responder à presença do pai.

No contexto da experiência observacional, a participação paterna altera significativamente a dinâmica emocional e comportamental das crianças,

funcionando como estímulo significativo, capaz de reorganizar momentaneamente o ambiente relacional e despertar respostas afetivas intensas.

Essa importância da figura paterna dialoga com o que Piccinini et al. (2003) descrevem sobre o envolvimento paterno durante a gestação e no período inicial de vida dos filhos. Os autores destacam que a participação do pai, mesmo que ocorra de maneira intermitente, possui efeitos estruturantes no desenvolvimento emocional da criança. Eles indicam que o envolvimento paterno, entendido não apenas como presença física, mas como disponibilidade afetiva, interesse e interação, contribui para a segurança emocional, para a elaboração de vínculos e para a construção de um senso de pertencimento familiar.

Menezes, Comin e Santeiro (2019) apontam que, na contemporaneidade, há desafios na consolidação de um modelo de cuidado compartilhado, uma vez que o pai frequentemente permanece em posição coadjuvante no que se refere às tarefas de cuidado cotidiano. Essas responsabilidades, ainda hoje, tendem a ser culturalmente atribuídas à mãe, mesmo quando há abertura para maior participação paterna.

Esse padrão de participação dialoga com o que Matos et al. (2017) denominam de *gestação paterna*, conceito que abrange os modos pelos quais o pai vive subjetivamente o processo de parentalidade, mesmo quando seu envolvimento se manifesta de formas distintas das práticas maternas. Os autores argumentam que a paternidade envolve não apenas ações concretas, mas um processo interno de elaboração da chegada e da presença dos filhos, processo que varia intensamente entre os homens. Assim, mesmo quando menos visível, a paternidade pode estar sustentada por uma vivência emocional profunda de pertencimento, responsabilidade e cuidado.

Um pai que se mostra disposto a servir, cuidar, interagir, brincar com os filhos e tomar parte nos afazeres domésticos, sugere que sua participação, ainda que seja menor que a materna, está ancorada em um compromisso afetivo consistente. Isso permite compreender que a presença paterna não deve ser avaliada exclusivamente pela frequência ou pela intensidade de ações explícitas, mas também pela qualidade da ligação emocional que estabelece com seus filhos. O envolvimento paterno pode assumir múltiplas formas, todas potencialmente

significativas para o desenvolvimento infantil, desde que sustentadas por disponibilidade emocional e abertura para a relação.

Tais perspectivas corroboram com as perspectivas contemporâneas sobre a paternidade, que compreendem o pai não apenas como apoio instrumental, mas como agente ativo na constituição subjetiva dos filhos.

4.3 A tríade mãe-bebê e pai

Durante o período gestacional, observa-se que os futuros pais atravessam um movimento subjetivo complexo de reorganização psíquica, no qual precisam elaborar e reconhecer os novos papéis que passarão a desempenhar diante da chegada do bebê. Trata-se de um processo que envolve a construção gradual de um lugar simbólico enquanto figuras parentais, responsáveis por um ser absolutamente dependente e que demanda cuidados constantes para garantir sua sobrevivência, conforme assinalam Piccinini et al. (2004). Segundo esses autores, “a trajetória masculina rumo à parentalidade difere da feminina, pois somente a mulher poderá sentir o filho crescer dentro de si, dar à luz e amamentá-lo” (Piccinini et al., 2004). Assim, a vivência singular da gestação pela mulher instaura uma diferença constitutiva entre as relações Mãe-Bebê e Pai-Bebê, tendo em vista que o pai não participa das transformações corporais que marcam o desenvolvimento do feto, o que produz experiências psíquicas distintas no processo de tornar-se pai.

Nesse contexto, torna-se pertinente retomar formulações da teoria psicanalítica, especialmente no que se refere à emergência de conteúdos edípicos no psiquismo paterno. As modificações corporais e comportamentais observadas na gestante podem reativar no pai sentimentos primitivos ligados à dinâmica edípica, despertando afetos como a inveja e a sensação de exclusão, reminiscências de sua própria história infantil e de sua posição na relação com seus pais. Essa compreensão é aprofundada por Matos et al. (2017, p.150), ao afirmarem que:

Na infância, o pai tem a função de barrar os impulsos incestuosos do filho voltados para a mãe e, quando isso ocorre, o menino se sente excluído, principalmente devido às experiências referentes à cena primária. Na gestação parece ocorrer algo semelhante, promovendo a revivência do período edípico.

Desse modo, o homem pode reviver, no encontro com a nova dinâmica Mãe-Bebê, experiências psíquicas que dizem respeito ao sentimento infantil de ser colocado à margem, atualizando vivências edípicas anteriores. A chegada do bebê, portanto, não mobiliza apenas expectativas conscientes, mas também reabre zonas inconscientes marcadas pelas primeiras relações objetais. É nesse sentido que Cramer e Espasa (1993) introduzem o conceito de “luto desenvolvimental”, ao descreverem o conjunto de reorganizações psíquicas que acompanham as transformações do ciclo vital. Os autores comparam a chegada do filho ao processo de luto experienciado na adolescência diante do confronto com a sexualidade emergente, destacando que ambos os momentos exigem do sujeito a reelaboração de conflitos referentes à identificação, à imago parental e ao funcionamento psíquico dos próprios pais. Caso tais conflitos não sejam devidamente elaborados, a dinâmica relacional pode apresentar aspectos patológicos, como aponta Junqueira (2014), sobretudo quando o luto se cristaliza e impede o desenvolvimento de novas formas de vínculo.

Além disso, Soifer (1980) oferece contribuições relevantes para a compreensão dos movimentos do pai durante a gestação, relatando o desejo do homem de aproximar-se do bebê antes mesmo do nascimento. Essa tentativa de aproximação aparece, por exemplo, quando o pai solicita à mulher explicações sobre os movimentos fetais ou quando tenta sentir as movimentações no ventre — uma busca por participação simbólica no processo gestacional que, embora distinta da experiência materna, expressa seu envolvimento afetivo. A autora ressalta, ainda, que o vínculo paterno, assim como o materno, não é inato; trata-se de uma construção que se dá a partir das identificações primárias e secundárias do sujeito com suas figuras parentais, constituindo-se, portanto, por vias simbólicas e relacionais (Soifer, 1980).

Assim, a gestação, longe de ser uma vivência exclusivamente feminina, convoca no pai uma série de reorganizações psíquicas que atravessam seu passado, seu lugar na dinâmica familiar e seu processo identificatório, tornando o percurso rumo à parentalidade um campo fértil de elaboração emocional e construção de novos laço.

4.4 O ambiente estimulante

O ambiente que circunda o bebê nos primeiros meses de vida é elemento central para o desenvolvimento emocional, cognitivo e relacional da criança. Na perspectiva psicodinâmica, autores como Zavaschi *et al.* (2013) enfatizam a importância dos pais na constituição do mundo interno do bebê, destacando que é por meio das primeiras interações que se estruturam as bases da confiança e do sentimento de continuidade do ser. Nesse sentido, o ambiente não é compreendido apenas como cenário físico, mas como um conjunto de relações, afetos e respostas que organizam a experiência do recém-nascido.

Zavaschi *et al.* (2013) afirmam que a dependência inicial do bebê exige dos pais uma postura de constante sensibilidade emocional, capaz de traduzir e dar sentido às manifestações corporais ainda desorganizadas. Em suas palavras:

“O bebê, em seu estágio inicial de desenvolvimento, encontra-se em uma condição de extrema vulnerabilidade e depende integralmente do olhar, da presença e da capacidade interpretativa dos pais para que suas necessidades adquiram significado. A função parental consiste precisamente em acolher, nomear e responder a essas demandas, constituindo um ambiente suficientemente estável para o surgimento das primeiras experiências de confiança” (Zavaschi *et al.*, 2013).

Essa resposta parental é estruturante, pois possibilita que o bebê vivencie a sensação de ser compreendido e protegido, condição que sustenta a constituição dos vínculos afetivos primários. De acordo com os autores, a previsibilidade e a continuidade do ambiente emocional ajudam a transformar estados internos caóticos em experiências integradas, contribuindo para o estabelecimento da base do self.

Após o nascimento de um filho, cabe aos pais integrarem a fantasia do bebê imaginário e a realidade do bebê que nasceu (Zavaschi, Costa; Brunstein, 2013), o que faz com que precisem criar um ambiente favorável às características do ser humano que chegou. Sob a perspectiva winnicottiana, Arantes (2018) elabora a importância do cuidado do outro para o bebê, necessitando desse para crescer de forma saudável. Tais cuidados surgem do ambiente, onde os pais podem fornecer ao filho o vínculo necessário para o desenvolvimento apropriado deste. É necessário que o ambiente seja estimulante não só para o bebê, mas também para a mãe. Segundo Arantes (2018, p. 11), “o materno poderá se desenvolver bem desde que a mãe tenha aparatos emocionais e ambientais a seu favor”.

A contribuição winnicottiana, aprofundada por Arantes (2018), enriquece essa perspectiva ao conceituar o *ambiente facilitador* como o conjunto de atitudes e condições emocionais que tornam possível o amadurecimento do bebê. Para Winnicott, a qualidade da relação inicial depende de um estado particular da mãe, conhecido como *preocupação materna primária*, caracterizado por intensa sensibilidade e adaptação às necessidades do bebê. Arantes (2018) destaca que a mãe winnicottiana é aquela que se encontra profundamente sintonizada com o bebê, sendo capaz de captar nuances de seu estado emocional e responder de maneira adequada. Esse ambiente materno não é marcado por técnicas rígidas, mas por uma presença afetiva estável, que confere ao bebê a experiência de continuidade, segurança e existência sustentada (Arantes, 2018). Para Arcangioli (1995, p. 183):

A saúde psíquica, portanto, repousaria no livre desenrolar desses processos de maturação. Entretanto, é o ambiente, inicialmente representado pela mãe ou por um de seus substitutos, que permite ou entrava o livre desenrolar desses processos.

Dentro dessa concepção, o ambiente estimulante não se define pela quantidade de estímulos oferecidos, mas pela qualidade da interação que sustenta a espontaneidade e a integração do bebê. Estímulos excessivos podem ser tão prejudiciais quanto a ausência deles, pois o que favorece o desenvolvimento é a adaptação cuidadosa do cuidador ao ritmo singular da criança. O ambiente facilitador envolve uma justa medida entre presença e ausência, entre estímulo e repouso, respeitando o tempo subjetivo do bebê. Quando a mãe ou cuidador consegue ajustar sua atuação às necessidades emergentes da criança, cria-se um espaço no qual o bebê pode experimentar o mundo de modo progressivo e seguro (Arantes, 2018).

As formas como a mãe segura o bebê, conversa com ele e o sustenta são expressões de seu afeto, os quais são captados pelo bebê (Zavaschi, 2013). Sendo assim, quando há algo que o bebê não consegue digerir, a mãe identifica qual o sentimento do filho, o interpreta e logo em seguida o acalenta. As experiências se traduzem pelo afeto, pelo toque e pelo cuidado.

Porém, além disso, é preciso que o ambiente que o rodeia o incentive e o estimule a se fortalecer e a perseverar, apesar das dificuldades, uma vez que a criança amplia seus conhecimentos e seu aprendizado por meio de novas interações e descobertas (Aranha, 2016 *apud* Cavalcante *et al.*, 2020).

Ao passo que flutua entre proteção e permissão, os cuidadores suficientemente bons demonstram o equilíbrio necessário na criação de um ambiente acolhedor e sadio, propício para o desenvolvimento integral do infante.

Assim, o ambiente estimulante se caracteriza pela responsividade sensível dos cuidadores e por sua disponibilidade afetiva, necessárias para que o bebê desenvolva, de forma saudável, suas competências iniciais à medida que explora seu entorno e experimenta a sensação de que o mundo externo é confiável e acolhedor.

Por fim, antes de qualquer estímulo pedagógico ou cognitivo, é o vínculo afetivo primário que oferece ao bebê as condições necessárias para se constituir como sujeito.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho permite afirmar que, ao inserir o estudante de Psicologia em um contexto relacional real no qual se manifestam de forma intensa e primitiva as dinâmicas emocionais da dupla mãe-bebê, o método possibilita a construção de um olhar clínico sensível, atento às nuances da comunicação não verbal e às expressões inconscientes que estruturam o início da vida psíquica. Trata-se, portanto, de uma experiência que não apenas transmite conhecimento, mas promove uma transformação na forma de perceber e compreender o sujeito em constituição.

Nesse processo, o papel do observador revela-se central, uma vez que sua presença não é neutra, mas parte constitutiva do campo observado. As emoções, fantasias e angústias despertadas durante as observações tornam-se material fundamental para o desenvolvimento da capacidade de autorreflexão e de elaboração psíquica. A necessidade de sustentar uma posição de não intervenção, aliada à tarefa de registrar e posteriormente refletir sobre a experiência, exige do estudante uma postura de espera, tolerância à incerteza e abertura ao desconhecido. As supervisões desempenham, nesse contexto, uma função essencial, ao oferecer um espaço continente para a elaboração das vivências emocionais, permitindo que o observador transforme experiências brutas em elementos pensáveis e integráveis à sua prática clínica.

Outro aspecto fundamental evidenciado diz respeito à centralidade do ambiente na constituição psíquica do bebê. A função materna, especialmente quando compreendida a partir dos conceitos de *rêverie* e de mãe suficientemente boa, mostra-se decisiva para o desenvolvimento emocional saudável, ao possibilitar a transformação das experiências sensoriais e afetivas em elementos simbolizáveis. Ao mesmo tempo, a presença paterna e a configuração da tríade mãe-bebê-pai ampliam a compreensão de que o desenvolvimento infantil se dá em um campo relacional complexo, no qual diferentes figuras exercem funções estruturantes. Assim, o cuidado com o bebê não pode ser reduzido a uma relação dual, mas deve ser entendido como resultado de uma rede de interações que sustentam e organizam sua experiência no mundo.

As discussões acerca da ansiedade gestacional e da depressão pós-parto reforçam, ainda, a necessidade de um olhar ampliado para a saúde mental materna, reconhecendo que o processo de se tornar mãe envolve intensas transformações psíquicas, frequentemente atravessadas por ambivalências, angústias e conflitos inconscientes. A ausência de suporte emocional adequado pode comprometer não apenas o bem-estar da mãe, mas também a qualidade do vínculo estabelecido com o bebê, com possíveis repercussões no desenvolvimento futuro da criança. Nesse sentido, torna-se fundamental a valorização de estratégias de acolhimento, escuta e intervenção precoce, que possibilitem a elaboração dessas experiências e favoreçam a construção de vínculos mais seguros e consistentes.

Por fim, conclui-se que a observação de bebês se configura como uma experiência formativa profunda, que convoca o estudante, futuro psicoterapeuta, a um trabalho contínuo de implicação subjetiva e elaboração emocional. Ao articular teoria e experiência, esse dispositivo contribui para a formação de profissionais mais sensíveis à complexidade do sofrimento psíquico e às particularidades do desenvolvimento humano desde seus primórdios. Dessa forma, reafirma-se sua importância não apenas como ferramenta pedagógica, mas como um campo privilegiado de constituição do pensamento clínico e da escuta psicanalítica.

O Método de Observação de Bebês constitui-se como um dispositivo formativo fundamental para a construção do pensamento clínico e o aprimoramento da escuta analítica, na medida em que possibilita ao observador um contato direto com as manifestações precoces da vida psíquica em sua dimensão relacional. Ao

sustentar uma postura de atenção flutuante e abstinência de intervenções, o observador exercita a capacidade de tolerar a incerteza, de captar comunicações não verbais e de reconhecer a complexidade dos vínculos iniciais entre o bebê e seus cuidadores. Tal experiência favorece o desenvolvimento de uma escuta sensível às nuances afetivas e às dinâmicas inconscientes que atravessam as interações, contribuindo para a formação de um olhar clínico menos precipitadamente interpretativo e mais aberto à emergência do singular e da subjetividade da dupla observada e do próprio observador. Nesse sentido, a prática de observação não apenas enriquece a compreensão dos processos de constituição subjetiva, como também opera como um campo privilegiado para a elaboração transferencial e contratransferencial, elemento central na clínica psicanalítica.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, Mariana Borges. **A mãe winnicottiana e os aspectos que compõem seu ambiente no maternar**. Orientador: Profª Drª Juçara Clemens. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/23335/1/M%c3%a3eWinnicottianaAspectos.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2025.
- ARCANGIOLI, A. M. Introdução à obra de WINNICOTT. **Introdução às Obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995. p. 177-202.
- BARRETO, Emanuella Karine Gomes. **As implicações da depressão pós-parto na relação mãe-bebê: uma revisão da literatura**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Campina Grande, [S. l.], 2015. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/riufcg/15876/EMANUELLA%20KARINE%20GOMES%20BARRETO%20%20TCC%20PSICOLOGIA%20CCBS%202015.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 20 nov. 2025.
- BRACCO, Daisy Maia. A Especificidade do Método de Observação de Bebês. In: MÉLEGA, Marisa Pelella; SONZOGNO, Maria Cecília. **O Olhar e a Escuta para compreender a Primeira Infância**. São Paulo: Casa Psi Livraria, 2008. p. 53 58.
- CRAMER, B.; ESPASA, F. **Técnicas psicoterápicas mãe-bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- DESSEN, Maria Auxiliadora. **Desenvolvimento familiar: transição de um sistema triádico para poliádico**. Temas em Psicologia, 1997.

FERREIRA, Romário Machado; ELIAS, Franklin Jefferson Moreira; CORRÊA, Alexandre Augusto Macêdo. Das representações mentais na gestação as frustrações pós parto: Um campo para a Psicanálise. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, Três Lagoas, v. 7, n. 2, p. 10-18, 24 abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/5700>. Acesso em: 18 nov. 2025.

FRANÇA, Neyla Regina A. F. Observação de bebês: método e aplicação. Blucher, 2019.

FRANÇA, Neyla Regina de Ávila Ferreira; GRUNSPUN, Suzana. Observação de bebês (método Bick) como instrumento de formação. In: FRANÇA, Neyla Regina A. F. (org.). **Observação de bebês: Método e aplicações**. São Paulo: Blucher, 2019. p. 163-171.

GOES, Raíssa Melo de; ROURE, Susie Amâncio Gonçalves de; LIMA, Priscilla Melo Ribeiro de. **Depressão pós-parto e Psicanálise: uma análise sobre a experiência de Brooke Shields**. Revista Psicologia em Pesquisa, v. 17, n. 3, p. 1–31, 19 jul. 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/36165>. Acesso em: 19 nov. 2025.

JUNQUEIRA, Maria de Fátima de Amorim. **Parentalidade contemporânea: encontros e desencontros**. PRIMÓRDIOS – O Acontecer da Vida Psíquica, p. 33-44, 4 fev. 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Desktop/Faculdade%20de%20Psicologia/3%20ano/5%20semestre/%20EST%20C3%81GIOS/leituras/03_Parentalidade_contemporanea_encontros_e_de_sencontros\[1\].pdf](file:///C:/Users/User/Desktop/Faculdade%20de%20Psicologia/3%20ano/5%20semestre/%20EST%20C3%81GIOS/leituras/03_Parentalidade_contemporanea_encontros_e_de_sencontros[1].pdf). Acesso em: 17 nov. 2025.

LYTH, Isabel Menzies. Considerações sobre o papel materno na sociedade atual. In: MÉLEGA, Marisa Pelella; SONZOGNO, Maria Cecília (org.). **O Olhar e a Escuta para compreender a Primeira Infância: Coletânea do Centro de Estudos Psicanalíticos Mãe-Bebê-Família de São Paulo**. São Paulo: Blucher, 2024.

MATOS, Mariana Gouvêa *et al.* **Gestação paterna: uma experiência subjetiva**. Universidade de Santa Cruz do Sul: Rio grande do Sul, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/8513/7288>. Acesso em: 18 nov. 2025.

MÉLEGA, Marisa Pelella. A Prática da Observação da Relação Mãe-Bebê e sua Contribuição à Formação Analítica. In: MÉLEGA, Marisa Pelella; SONZOGNO, Maria Cecília. **O Olhar e a Escuta para compreender a Primeira Infância**. São Paulo: Casa Psi Livraria, 2008. p. 47-51.

MÉLEGA, Marisa Pelella. Metodologia da Observação da Relação Mãe-Bebê na Família. In: MÉLEGA, Marisa Pelella; SONZOGNO, Maria Cecília. **O Olhar e a Escuta para compreender a Primeira Infância**. São Paulo: Casa Psi Livraria, 2008. p. 39-45.

MÉLEGA, Marisa Pelella; SONZOGNO, Maria Cecilia. Rêverie materno e o desenvolvimento da atividade simbólica do bebê de 0 a 18 meses. In: MÉLEGA, Marisa Pelella; SONZOGNO, Maria Cecilia (org.). **O Olhar e a Escuta para compreender a Primeira Infância**: Coletânea do Centro de Estudos Psicanalíticos Mãe-Bebê-Família de São Paulo. São Paulo: Blucher, 2024.

MENEZES, Marina de S. Lopes; COMIN, Fabio Scorsolini; SANTEIRO, Tales Vilela. **Envolvimento paterno na relação mãe-bebê: revisão integrativa da literatura**. Psicologia em Revista, 16 jun. 2019.

OLIVEIRA-MENEGOTTO, Lisiane Machado de; LOPES, Rita de Cássia Sobreira; CARON, Nara Amália. **O método Bick de observação da relação mãe-bebê: aspectos clínicos**. Rio de Janeiro: Psicologia Clínica. v. 22, n. jun/2010. p. 39-55.

PICCININI, Cesar Augusto *et al.* **O envolvimento paterno durante a gestação**. Psicologia: Reflexão e Crítica, [S. l.], p. 303-314, 31 out. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/drDSXMsyhLMYHgBgbFCqTXJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2025.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1980.

ZAVASCHI, Maria Lucrécia Scherer; COSTA, Flavia; BRUNSTEIN, Carla. O bebê e os pais. In: EIZIRIK, Cláudio Laks; KAPCZINSKI, Flávio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**, 2013.

ANDREW LAEDDIS: uma análise sob a perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental e da Psicopatologia

Hugo Fraga de Paula
Graduando em Psicologia - Uni-FACEF
hugofraga.orcid@gmail.com

Adriana Aparecida Silvestre Gera-Ribeiro
Mestra em Psicologia – Uni-FACEF
dricaasg@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo é uma análise do filme “A Ilha do Medo”, lançado em 2010, à luz da Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) e da psicopatologia. Este tem por objetivo analisar o caso fictício de Teddy Daniels, também chamado de Andrew Laeddis, que é interpretado pelo ator Leonardo DiCaprio, por meio de padrões de comportamento do personagem na obra cinematográfica.

A escolha da obra justifica-se pela complexidade psicológica do personagem principal, cuja trajetória é marcada por inúmeros conflitos psíquicos que o impactam de forma direta e são responsáveis por sofrimento emocional, distorções cognitivas e uma possível ruptura com a realidade.

A utilização da Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) para análise deve-se ao fato do entendimento de como as crenças disfuncionais e padrões cognitivos distorcidos impactam diretamente no comportamento do indivíduo, conforme já explicado por Judith Beck (2021). A psicopatologia servirá como um complemento dessa análise. Ressalta-se, por fim, que não se pretende esgotar todas as possibilidades interpretativas do personagem.

2. METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa de natureza qualitativa, de caráter exploratório, fundamentada através da revisão bibliográfica. Foram selecionados referenciais teóricos com base nos pressupostos da Terapia Cognitiva-

Comportamental (TCC), produções acadêmicas disponíveis em acervos virtuais (*Google Scholar*) e produções da área de psicopatologia, assim como a própria obra cinematográfica. A partir da integração desses referenciais, procedeu-se à interpretação dos comportamentos e padrões cognitivos do personagem Teddy Daniels, buscando compreender seu funcionamento psicológico no contexto narrativo.

Para encontrar as produções em tais acervos foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “A Ilha do Medo”, “Psicologia”, “Teddy Daniels” e “Terapia Cognitiva-Comportamental”. Vale ressaltar que os materiais selecionados foram analisados de forma interpretativa, buscando estabelecer relações entre os referenciais teóricos e o comportamento do personagem.

3. APRESENTAÇÃO DO CASO

A obra “A Ilha do Medo” acompanha a investigação conduzida pelo agente federal Teddy Daniels e seu parceiro, Chuck Aule, em uma instituição psiquiátrica de segurança máxima localizada em uma ilha isolada, destinada ao tratamento de pacientes considerados de alta periculosidade. Logo nas cenas iniciais, observa-se que Teddy apresenta mal-estar durante a travessia marítima, especialmente relacionado à presença da água, elemento que posteriormente adquire relevância simbólica na narrativa.

Ao chegar à instituição, o protagonista é submetido a procedimentos de segurança, sendo desarmado pelos guardas e conduzido ao encontro com o Dr. Cawley, diretor do hospital. Nesse momento, é informado sobre o desaparecimento de uma paciente, Rachel Solando, cuja fuga de uma cela trancada pelo lado interno é considerada inexplicável. A partir disso, Teddy e seu parceiro iniciam a investigação, deparando-se com entraves institucionais, como restrições de acesso, informações inconsistentes e comportamento evasivo por parte da equipe médica, fatores que despertam crescente desconfiança no protagonista.

Paralelamente, Rachel Solando é posteriormente encontrada ilesa, apesar das condições adversas da ilha, o que intensifica ainda mais as suspeitas de Teddy em relação ao funcionamento da instituição. Diante dessas inconsistências, o

personagem cogita encerrar a investigação e deixar o local; contudo, a chegada de um furacão impossibilita sua saída, contribuindo para o isolamento e intensificação do clima de tensão. Nesse contexto, Teddy e Chuck passam a explorar áreas restritas do hospital, como a Ala C — destinada a pacientes considerados mais perigosos — e o farol, local que, segundo as convicções do protagonista, estaria associado à realização de procedimentos ilegais, como a lobotomia.

Ao longo da narrativa, o personagem passa a apresentar sintomas físicos e psíquicos relevantes, incluindo crises recorrentes de enxaqueca, episódios de desorientação e experiências oníricas intensas envolvendo sua falecida esposa, Dolores Chanal. Progressivamente, tais manifestações assumem caráter mais complexo, incluindo episódios alucinatorios e conteúdos delirantes, especialmente relacionados à crença de que o hospital estaria envolvido em experimentos ilegais de controle mental e na ocultação de um suposto “paciente 67”.

Em determinado momento, Teddy passa a desconfiar de seu próprio parceiro e decide prosseguir com a investigação de forma isolada. Nesse percurso, vivencia uma experiência na qual encontra uma suposta Rachel Solando em uma caverna, que reforça suas hipóteses acerca das práticas ilegais do hospital. Tal episódio pode ser compreendido como uma manifestação alucinatoria, na medida em que não há confirmação de sua ocorrência no plano da realidade compartilhada.

O clímax da narrativa ocorre quando Teddy Daniels invade o farol à procura de Chuck, acreditando que este teria sido capturado para ser submetido à lobotomia. Nesse momento, o Dr. Cawley revela que o protagonista é, na realidade, Andrew Laeddis, paciente da instituição há dois anos. Segundo essa revelação, a identidade de Teddy Daniels constitui uma construção psíquica elaborada como forma de lidar com experiências traumáticas intensas, incluindo sua participação na libertação de um campo de concentração, em Dachau, na Segunda Guerra Mundial, a morte de seus filhos — afogados por sua esposa em um episódio psicótico —, o assassinato da própria esposa cometido por ele após o ocorrido e alcoolismo.

Ademais, elementos centrais da investigação, como Rachel Solando, são apresentados como construções simbólicas, incluindo anagramas relacionados à história pessoal do personagem. A encenação investigativa é revelada como parte de uma estratégia terapêutica conduzida pela equipe médica, com o objetivo de evitar a realização de uma lobotomia. Nesse contexto, as medicações administradas

ao paciente são compatíveis, do ponto de vista histórico, com o uso de antipsicóticos típicos, como a Clorpromazina, amplamente utilizados na década de 1950 para o manejo de sintomas psicóticos.

Apesar dos avanços obtidos com a intervenção, a cena final sugere que o personagem retorna à construção delirante, sendo posteriormente encaminhado para a realização da lobotomia, decisão que pode ser interpretada como uma forma de evitar o enfrentamento do sofrimento psíquico associado à sua história.

4. PSICOPATOLOGIA E PSICOFARMACOLOGIA

4.1 Transtorno de Estresse Pós-Traumático (F43.10)

O caso clínico de Andrew Laeddis pode ter como uma possível hipótese diagnóstica o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), com presença de sintomas psicóticos - delírios e alucinações. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V - TR -, categoriza o TEPT em oito diferentes critérios diagnósticos, sendo estes (APA, 2023):

- A. Exposição há um evento traumático, seja de forma direta, testemunhar este evento com outras pessoas, saber da ocorrência desse evento com um familiar ou amigo próximo ou ser exposto de forma repetida e aversiva a esse evento;
- B. Presença de um ou mais dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático: lembranças angustiantes, recorrentes ou involuntárias relacionadas ao evento; sonhos angustiantes relacionados ao evento; reações dissociativas (*flashbacks*) como se o evento se repetisse; sofrimento psicológico em situações que se assemelham ao evento; reações externas e fisiológicas em situações que se assemelha ao evento;

- C. Evitação constante de estímulos associados ao evento traumático após a sua ocorrência, sejam recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes ou pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações que remetem a esse evento;
- D. Alterações cognitivas e no humor associadas ao evento traumático, evidenciadas por duas ou mais dos seguintes aspectos: incapacidade de lembrar aspectos relacionados ao evento (amnésia cognitiva), crenças ou expectativas negativas persistentes de si mesmo ou do mundo, crenças distorcidas a respeito da causa ou das consequências desse evento, estado emocional negativo constante, perda de interesse em participação em atividades significativas, sentimentos de alienação ou distanciamento e incapacidade de sentir emoções positivas;
- E. Alterações na excitação e na reatividade associadas ao evento traumática, sendo evidenciada em dois ou mais dos aspectos: surtos de raiva e comportamento irritadiço, comportamentos autodestrutivos, hipervigilância, respostas de sobressalto exageradas, perturbação de sono e problemas de concentração
- F. Critérios B, C, D e E (perturbação) duram mais de um mês;
- G. A perturbação causa prejuízo social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo, além de sofrimento psíquico;
- H. A perturbação não tem relação à alguma substância ou condição médica.

A Associação Americana de Psiquiatria ainda traz uma subtipificação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático quando há a prevalência de:

sintomas dissociativos: Os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios de transtorno de estresse pós-traumático, e, além disso, em resposta ao estressor, o indivíduo tem sintomas persistentes ou recorrentes de:

1. Despersonalização: Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (p. ex., sensação de estar em um sonho; sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou como se estivesse em câmera lenta).

2. Desrealização: Experiências persistentes ou recorrentes de irreabilidade do ambiente ao redor (p. ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido) (APA, 2023, p. 272).

Conforme já mencionado anteriormente, o caso de Andrew Laeddis também tem uma presença marcante de sintomas psicóticos, sejam estes em forma de alucinações ou delírios.

As alucinações são experiências vívidas e claras e não estão sob o controle do indivíduo e podem ocorrer em qualquer campo sensorial. Por exemplo, na esquizofrenia e em transtornos relacionados a esta patologia, há uma prevalência de alucinações no campo auditivo e costumam ser vividas com vozes - sejam estas familiares ou não - que se diferem do pensamento do sujeito. Vale ressaltar que em algumas culturas, as alucinações podem ser um elemento religioso (APA, 2023). Além do campo auditivo, podem ocorrer em campos visuais, táteis, olfativos e gustativos. Também podem ocorrer de forma concomitante aos delírios (Britto, 2004).

Já os delírios são crenças fixas e que não são passíveis de mudança quando confrontados com evidências conflitantes e seus conteúdos incluem uma ampla variedade temática. Delírios persecutórios ocorrem quando o sujeito acredita que será prejudicado, assediado por alguma pessoa ou organização; é o mais comum. Os delírios de referência refletem a crença de que gestos e comentários são direcionados à própria pessoa. Uma pessoa que acredita que tem habilidades excepcionais, fama ou riqueza reflete um delírio de grandeza; um delírio erotomaníaco faz o sujeito crer que outras pessoas estão apaixonadas por ele. Delírios niilistas envolvem catástrofes e delírios somáticos concentram-se em preocupações atreladas à saúde (APA, 2022).

Cabe ressaltar que há uma dificuldade de diferenciar um delírio de uma tese firmemente defendida. Essa diferenciação está no grau de convicção e defesa da crença, apesar de evidências que a deixam contraditória (APA, 2022). Tais crenças não são compartilhadas pelo grupo sociocultural ao qual o sujeito pertence e apresentam-se de forma rígida, com pouca ou nenhuma possibilidade de questionamento (Britto, 2004).

Vale ainda salientar que para o tratamento de sintomas psicóticos, como os citados anteriormente, uma medicação muito utilizada é a Clorpromazina. A

Clorpromazina é um fármaco que pertence à classe de antipsicóticos típicos, sendo um dos primeiros medicamentos utilizados para o tratamento da psicose. Seu mecanismo está associado ao bloqueio de receptores de dopamina do sistema nervoso central, inibindo sintomas psicóticos, como delírios e alucinações. Também têm funções sedativas, inibição da agitação psicomotora, hipotensão e alterações autonômicas (Stahl, 2014; Patrocínio *et al.*, 2019).

No contexto histórico da psiquiatria, a clorpromazina representou um marco importante, abrindo possibilidades de um diferente manejo clínico de pacientes com transtornos mentais, reduzindo a necessidade de intervenções invasivas e contribuindo para a difusão do tratamento medicamentoso ((Stahl, 2014; Patrocínio *et al.*, 2019).

5. TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL

A Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) foi constituída por Aaron Beck nas décadas de 1960 a 1970, sendo uma abordagem que enfatiza o presente e tem curta duração. O tratamento baseia-se na reestruturação de crenças mal-adaptativas do indivíduo (Beck, 2021).

5.1 Conceitualização cognitiva

A conceitualização cognitiva é um processo contínuo, dinâmico e individualizado de formulação clínica. Trata-se de uma organização sistemática de informações dos pacientes com o objetivo de compreender de forma efetiva seu funcionamento psicológico e orientar intervenções clínicas e o planejamento do tratamento. É construída com os dados obtidos na sessão inicial e continuamente atualizada em sessões posteriores (Beck, 2021).

O modelo cognitivo da TCC explica que as cognições influenciam diretamente as emoções e os comportamentos, sendo organizadas em três níveis principais: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares. Os pensamentos automáticos são interpretações superficiais das situações; crenças intermediárias são regras e pressupostos que orientam o sujeito; e crenças

nucleares representam estruturas mais profundas, globais e rígidas, relacionadas à visão de si mesmo, dos outros e do mundo (Beck, 2021).

Além disso, a conceitualização cognitiva envolve a compreensão dos comportamentos do paciente, bem como busca os fatores que contribuem para a sua manutenção. Nesse sentido, o terapeuta busca integrar informações sobre padrões comportamentais disfuncionais, estratégias de enfrentamento ineficazes e variáveis contextuais que perpetuam o sofrimento psicológico (Beck, 2021).

Por fim, a conceitualização cognitiva é frequentemente testada e revisada ao longo do processo terapêutico, o que permite uma adaptação constante do tratamento às necessidades do indivíduo. Ou seja, é um processo ativo e essencial, que integra teoria, avaliação e intervenção em um modelo coerente e empiricamente fundamentado (Beck, 2021).

5.2 Distorções cognitivas

As distorções cognitivas correspondem a erros sistemáticos no processamento de informações, caracterizados pelo negativismo na interpretação da realidade. Tais padrões tendem a ocorrer de forma recorrente, principalmente em indivíduos com diagnósticos de transtornos psiquiátricos. Tais distorções afetam de forma direta os pensamentos e comportamentos (Beck, 2021). Assim, as distorções cognitivas contribuem para a manutenção do sofrimento psíquico do sujeito através de reforços disfuncionais da realidade (Patrocínio *et al*, 2019).

Suas manifestações ocorrem em forma de interpretações enviesadas dos acontecimentos, como a percepção de situações de forma extrema, negativa ou distorcida, desconsiderando evidências contrárias apresentadas. Entre os exemplos mais comuns estão a catastrofização, o pensamento dicotômico, a leitura mental e o raciocínio emocional (Beck, 2021).

David Burns (1980) descreveu em seu livro “*Feeling Good: The New Mood Of Therapy*” dez categorias de distorções cognitivas que serão organizadas e explicadas no quadro abaixo.

Quadro 1: 10 Distorções Cognitivas, segundo David Burns

Distorção Cognitiva	Explicação
Pensamento Dicotômico	Maneira irrealista de avaliar a vida, avaliando todas as coisas de maneira extrema, preto no branco (Burns, 1980).
Generalização excessiva	Se uma coisa aconteceu uma vez, acontecerá repetidamente outras vezes (Burns, 1980).
Abstração Seletiva	Selecionar um detalhe negativo de uma situação e sempre focalizar nele, conseqüentemente, qualquer situação torna-se negativa (Burns, 1980).
Desqualificar o positivo	É uma das piores distorções cognitivas, onde experiências neutras ou positivas, transformam-se em experiências negativas (Burns, 1980).
Tirar Conclusões Precipitadas	Concluir arbitrariamente e negativamente as situações, mesmo que as evidências demonstrem o contrário (Burns, 1980).
Maximização e Minimização	Exagerar falhas e aspectos negativos, ao mesmo tempo em que se desvalorizam qualidades e aspectos positivos, distorcendo a percepção da realidade (Burns, 1980).
Raciocínio Emocional	“Você toma suas emoções como evidência da verdade. Esse tipo de raciocínio é enganoso porque seus sentimentos refletem seus pensamentos e crenças.” (Burns, 1980, p. 38).
Declarações de “deveria”	A realidade do próprio comportamento fica aquém do esperado, criando sentimento de autodesprezo, vergonha e culpa (Burns, 1980).
Rotulação	Criação de autoimagem negativa com base em erros cometidos (Burns, 1980).
Personalização	“Você assume a responsabilidade por algo negativo mesmo quando não há fundamento para isso. Você

conclui arbitrariamente que o que aconteceu foi sua culpa ou reflete sua inadequação, mesmo quando você não foi responsável por isso.” (Burns, 1980, p. 40).

Fonte: Burns, 1980.

Ressalta-se que a partir dos pressupostos teóricos de psicopatologia e da Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC), é possível analisar o funcionamento psicológico do personagem fictício Andrew Laeddis, buscando entender seus padrões cognitivos, emocionais e comportamentais, como tais padrões se organizam e contribuem para a sua manifestação de seu funcionamento psíquico.

6. DISCUSSÃO DO CASO

Um possível diagnóstico para o caso clínico de Andrew Laeddis é o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (CID-10: F43.1) com a presença de sintomas psicóticos: delírios e alucinações. Observa-se que o personagem apresenta elementos amplamente compatíveis aos critérios diagnósticos apresentados pelo DSM V-TR, conforme evidenciado pelo quadro abaixo. Cabe ressaltar que não há a intenção de estabelecer um diagnóstico definitivo para Andrew Laeddis, uma vez que se trata de um personagem fictício inserido em uma obra cinematográfica, devendo a presente análise ser compreendida como uma interpretação teórica à luz dos referenciais adotados.

Quadro 2: Quadro de Análise de Caso Clínico de Andrew Laeddis, segundo o DSM V-TR (2023).

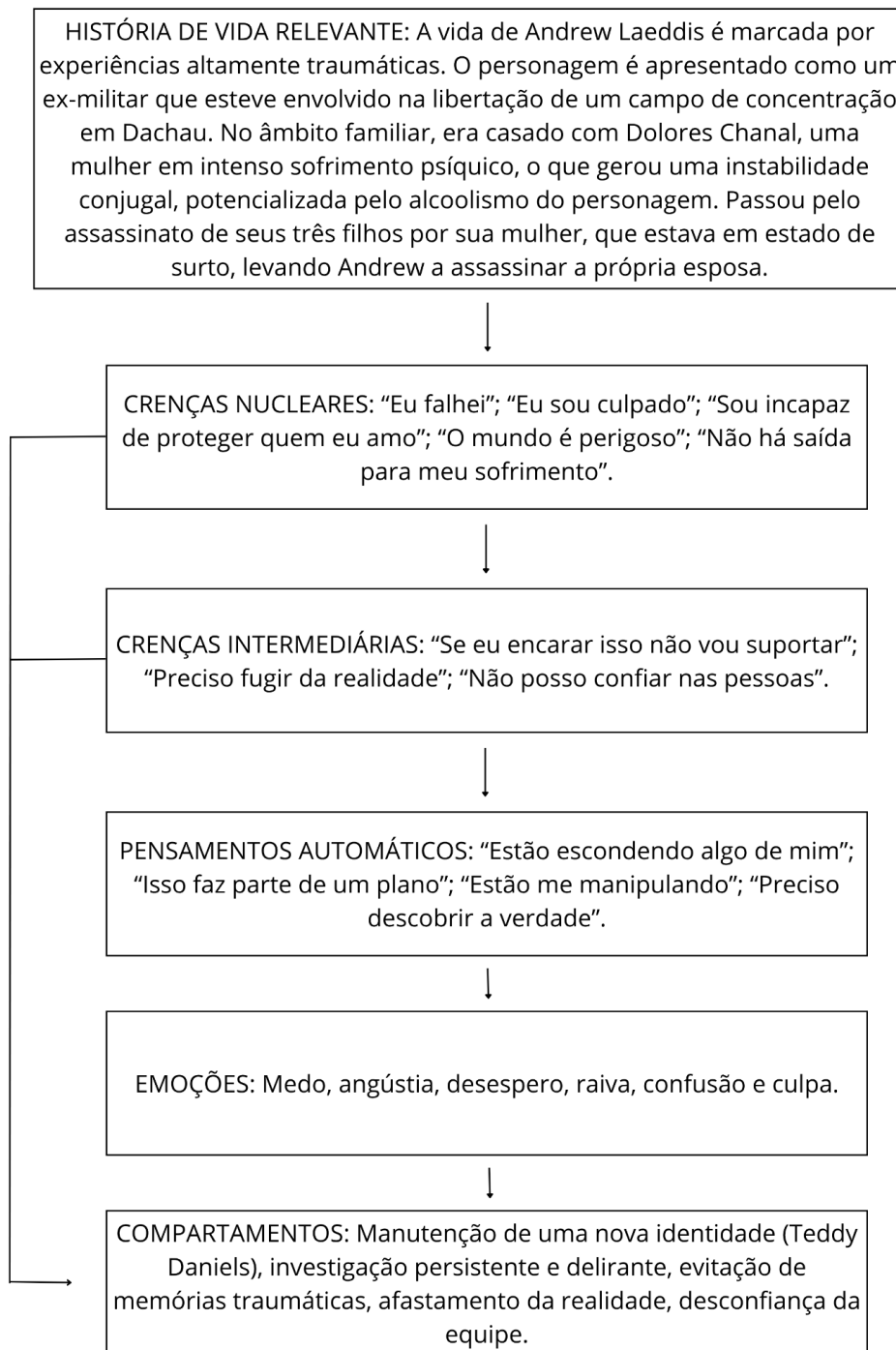
Critério do DSM V-TR	Presença no Caso		Como se apresenta
A - Exposição ao evento traumático.	(X) Sim	() Não	Andrew experienciou eventos traumáticos como: guerra, morte de seus filhos e assassinato de sua esposa.
B - Sintomas intrusivos associados ao evento traumático.	(X) Sim	() Não	Lembranças dos eventos, sonhos e <i>flashbacks</i> .

C - Evitação constante de estímulos associados ao evento traumático.	(X) Sim	() Não	Evita lembrar das situações traumáticas e resistência em aceitar a verdade e a construção de uma nova identidade: Teddy Daniels.
D - Alterações cognitivas e no humor associadas ao evento traumático;	(X) Sim	() Não	Amnésia cognitiva, crê que há uma conspiração por trás de tudo, crê que o mundo é perigoso e humor negativo.
E - Alterações na excitação e na reatividade associadas ao evento traumática;	(X) Sim	() Não	Perturbação no sono, hipervigilância e humor irritadiço.
F - Critérios B, C, D e E duram mais de um mês;	(X) Sim	() Não	Os sintomas estão presentes no caso há dois anos.
G - A perturbação causa prejuízo social;	(X) Sim	() Não	Internação psiquiátrica e incapacidade de viver fora da instituição.
H - A perturbação não tem relação à alguma substância ou condição médica.	(X) Sim	() Não	Não há indícios de tal critério no caso de Andrew Laeddis.

Fonte: Próprio autor, 2026.

Também é possível, por meio da Terapia Cognitiva-Comportamental, estabelecer uma Conceitualização Cognitiva do protagonista do filme, conforme explicado por Beck (2021) em "Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática". Tal conceitualização tem caráter hipotético, considerando tratar-se de um personagem fictício.

Figura 1: Conceitualização Cognitiva Simplificada de Andrew Laeddis



Fonte: Próprio autor, 2026

Observa-se que o funcionamento psicológico de Andrew se organiza em um ciclo de manutenção, onde suas crenças e pensamentos se retroalimentam, gerando, assim, sempre os mesmos comportamentos. Suas crenças nucleares e

adaptativas influenciam diretamente seus pensamentos automáticos, deixando-os distorcidos, que por sua vez, geram emoções como medo e angústia, que orientam comportamentos de evitação de conteúdos traumáticos e a adoção de uma postura investigativa marcada por desconfiança.

Tais comportamentos não permitem a resolução do conflito psíquico, mas reforçam as crenças iniciais na medida em que impedem o contato com a realidade e favorecem interpretações que confirmam tais crenças. Dessa forma, exercendo um ciclo no qual os níveis de funcionamento cognitivo mantêm-se interligados, o que contribui para a persistência do sofrimento psíquico.

Além disso, Andrew é marcado por presença de diversas distorções cognitivas, conforme descritas por Burns (1980), as quais contribuem ainda mais para uma interpretação distorcida da realidade e aprofundam o sofrimento psíquico. Uma dessas distorções é o pensamento dicotômico, com o personagem interpretando todas as situações de maneira extrema e organizando a realidade em termos absolutos, como verdadeiro ou falso, aliado ou inimigo. Também a generalização excessiva se faz presente, na medida em que, experiências isoladas da vida de Andrew são tomadas por ele como regra.

Observa-se também que Andrew busca elementos que confirmem suas crenças de forma constante ao longo do filme, desconsiderando até evidência que o contradizem (abstração seletiva). A distorção central no caso de Andrew Laeddis é a de tirar conclusões precipitadas, manifestando-se na formulação de hipóteses conspiratórias sem base empírica consistente, mesmo diante de evidências contrárias.

Além disso, há uma evidente distorção de Rotulação, onde o Andrew constrói uma imagem autodepreciativa a partir de suas experiências traumáticas. Assim como a personalização, evidenciada em sua tendência de assumir constantemente a culpa pela morte de seus filhos e por todos os acontecimentos traumáticos de sua vida.

Tais distorções cognitivas apresentam um papel central no funcionamento psicológico de Andrew Laeddis, influenciando seus pensamentos automáticos e comportamentos, ampliando assim, seu sofrimento psíquico.

No que se refere a sintomas psicóticos, Andrew apresenta sintomas compatíveis com alucinações e delírios. As alucinações ocorrem principalmente nos

campos visual e auditivo, especialmente relacionadas à figura de Dolores Chanal, sua esposa, evidenciando a intrusão de conteúdos psíquicos não elaborados. Também há uma alucinação com a possível Rachel Solando entre as montanhas, reforçando suas crenças e pensamentos automáticos. Em relação aos delírios, Andrew manifesta-os com características persecutórias, como achar que a instituição o persegue e interpretação de comportamentos alheios como direcionados a si.

A coexistência de delírios e alucinações gera um sistema delirante que é coerente para Andrew Laeddis, no qual reforça suas crenças, comportamentos e distorções cognitivas, dificultando a diferenciação entre realidade e fantasia, mantendo assim, seu funcionamento psíquico disfuncional.

Nesse contexto, a clorpromazina, antipsicótico típico, amplamente usado para manejo de sintomas psicóticos, é destacado por Dr. Cawley como parte da composição do tratamento de Andrew Laeddis associada à tentativa de promover a reorganização de sua percepção da realidade. Assim como no filme, historicamente, a clorpromazina foi um marco para a psiquiatria, reduzindo a necessidade de intervenções invasivas, como a lobotomia.

No que se refere ao diagnóstico diferencial, cabe ressaltar que a existência de sintomas psicóticos abre possibilidade para outros quadros clínicos. Destaca-se a Esquizofrenia, em função da presença de delírios estruturados e alucinações. No entanto, tais manifestações mostram-se frequentemente associadas à eventos traumáticos, o que oferece uma compreensão de um quadro de TEPT.

É válido considerar também o Transtorno Dissociativo de Identidade, especialmente pela presença de uma identidade alternativa. Mas, o quadro apresenta uma estrutura delirante com uma função defensiva e também não evidencia outras identidades.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise possibilitou compreender o funcionamento psicológico de Andrew Laeddis a partir da perspectiva da psicopatologia e da Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC). Observou-se características compatíveis ao

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), associado à presença de delírios e alucinações, relacionados à eventos traumáticos de sua história de vida.

Através da conceitualização cognitiva simplificada foi possível identificar crenças disfuncionais, pensamentos distorcidos, emoções intensas e comportamentos de evitação, que se mantêm interligados e contribuem para a manutenção do sofrimento psíquico. Além disso, o uso da Clorpromazina foi compreendido como elemento importante no manejo e na compreensão do caso.

É relevante ressaltar que essa análise tem suas limitações. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo de um personagem fictício, o que implica na ausência de acesso a dados clínicos diretos, avaliação psicológica estruturada ou acompanhamento do caso. As interpretações foram feitas por meio de elementos apresentados na narrativa. Além disso, a análise está sujeita a interpretações subjetivas, uma vez que diferentes leituras teóricas poderiam conduzir a compreensões distintas do caso.

REFERÊNCIAS

A ilha do medo. Direção: Martin Scorsese. Produção: Phoenix Pictures e Sikelia Productions. Intérpretes: Leonardo DiCaprio, Mark Ruffalo, Ben Kingsley, Michelle Williams, Max von Sydow, Emily Mortimer, Patricia Clarkson e outros. Roteiro: Laeta Kalogridis (baseado no livro de Dennis Lehane). [s.l.]: Paramount Pictures, 2010. (138 min., son., color., 35mm).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental**: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed. 2021.

BRITTO, Ilma A Goulart de Souza. **Sobre Delírios e Alucinações**. 2004. Disponível em: <<https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/66/55>>. Acesso em: 27 abr. 2026.

BURNS, David B. **Feeling Good**: The New Mood Therapy. Nova Iorque: Quill. 1980.

PATROCÍNIO, Manoel Cláudio Azevedo *et al.* **Psicofarmacologia e psiquiatria**: para graduandos e generalistas. Fortaleza: EdUnichristus. 2019.

STAHL, Stephen M. **Psicofarmacologia**: bases neurocientíficas e aplicações práticas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CONFLITOS INTERPESSOAIS NA ADOLESCÊNCIA: Uma Revisão Narrativa sob a Ótica Sociodramática

Isabela Fernandes Bareense
Graduanda em Psicologia– Uni-FACEF
belabareense@gmail.com

Daniela de Figueiredo Ribeiro
Doutora em Psicologia – USP
ribares@facef.br

1. INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto do programa de Iniciação Científica da Uni-FACEF. Partindo desse referencial, compreende-se a adolescência como um período de transição crucial no desenvolvimento humano, fortemente marcado por transformações cognitivas, biológicas, sociais e emocionais. Nesta fase de vida, os adolescentes podem passar por um processo de construção de identidade, e buscam obter autonomia e inserção social (Santana; Assis, 2012). Neste contexto, é possível afirmar que os conflitos interpessoais podem ganhar relevância, pois em sua maioria expressam tensões entre necessidade de aceitação social e desejos de independência.

De acordo com Santos (2013), a forma como o adolescente lida e enfrenta esses conflitos está diretamente ligada à sua autoestima, capacidade de enfrentamento e segurança emocional. Além disso, os conflitos podem ser atravessados por uma série de mudanças estruturais que é comum nesta fase, como o afastamento da família e a aproximação dos pares, pois é neste período que o adolescente vai construir sua identidade através da interação social e da experimentação de diferentes papéis (Erikson, 1976; Iunes; Conceição, 2017).

Para além disso, como apontam Maçaneiro e Almeida (2019), nesta idade é comum ter conflitos com amigos, professores e figuras de autoridade, por se tratar de um processo de delimitação de fronteiras pessoais, em que os adolescentes estão aprendendo a estabelecer limites nas relações interpessoais. E quando esses embates são mediados de forma adequada e saudável, podem servir como fonte de crescimento pessoal e fortalecimento do senso de identidade.

Para tal temática, a escolha de um grupo interventivo baseado em métodos ativos, como o sociodrama, se mostra muito potente, por demandar intervenções que promovam o desenvolvimento do respeito à diversidade, da empatia e da capacidade de expressar sentimentos e estabelecer limites (Fleury; Marra, 2010).

Para completar, Rozados (2018) destaca que a temporalidade moreniana convida aos integrantes do grupo viver o aqui e agora das suas experiências relacionais, reorganizando e podendo rematizar narrativas e sentidos.

É possível notar que na fase da adolescência há a presença de conflitos interpessoais em evidência, por se tratar de uma fase conturbada e de transformações. Por isso, nota-se a relevância do tema para ser tratado nas escolas, que é o local em que eles mais passam o tempo, e onde encontram os pares.

"Exercitar a empatia, o diálogo, a resolução de conflitos e a cooperação, fazendo-se respeitar e promovendo o respeito ao outro e aos direitos humanos, com acolhimento e valorização da diversidade de indivíduos e de grupos sociais, seus saberes, identidades, culturas e potencialidades, sem preconceitos de qualquer natureza." (Brasil, 2018).

Como prevê a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), na competência geral 9, é dever da escola promover espaços para exercitar a empatia, o diálogo, a resolução de conflitos e a cooperação. E exige que a escola vá além do ensino cognitivo, e preparem os adolescentes, de forma integral, a como viver em sociedade. O sociodrama não é apenas uma "atividade extra", mas se enquadra como uma importante e potente ferramenta para assegurar o cumprimento dessa competência, transformando os princípios teóricos da BNCC, em vivências práticas e significativas, promovendo o fortalecimento de laços e a construção de um ambiente escolar mais inclusivo e saudável (Brasil, 2018).

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, estruturada sob o formato de uma Revisão Narrativa de Literatura. De acordo com Rother (2007), a revisão narrativa é apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, não exigindo um protocolo rígido de busca como nas revisões sistemáticas, mas permitindo uma análise crítica e abrangente da literatura existente.

A construção deste artigo baseou-se no levantamento e na análise de livros clássicos, artigos científicos e dissertações que abordam as temáticas da adolescência, dos conflitos interpessoais e do sociodrama. As buscas pelos artigos foram realizadas em bases de dados eletrônicas, como SciELO (Scientific Electronic Library Online) e PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), utilizando descritores como "adolescência", "conflitos interpessoais", "sociodrama" e "psicodrama".

A análise do material selecionado foi orientada pela perspectiva sócio-histórica para a compreensão da adolescência (Ariès, 1981; Bock, 2007) e pelo referencial teórico-metodológico do Psicodrama e Sociodrama, fundamentado por Moreno (1978) e autores contemporâneos que discutem a dinâmica de papéis e os vínculos simétricos e assimétricos (Bustos, 1990; Cunha, 2018).

O objetivo geral do presente artigo é analisar a literatura científica acerca dos conflitos interpessoais na adolescência, compreendendo-os sob a ótica teórica do sociodrama.

E como objetivos específicos, se compreendem: compreender a adolescência a partir de uma perspectiva sócio-histórica e como uma construção social; analisar o papel dos conflitos interpessoais como motores do desenvolvimento ético, moral e de autonomia; articular conceitos sociodramáticos (como a teoria de papéis e a dinâmica dos *clusters*) para lançar luz sobre a mediação e compreensão das relações entre pares na adolescência.

2. ADOLESCÊNCIAS

A adolescência pode ser considerada um conceito moderno, pois segundo Ariès: “ na sociedade medieval, a criança, a partir do momento em que podia viver sem ajuda de sua mãe ou de sua ama, pertencia à sociedade dos adultos” (1981, p.10).

Neste trabalho, a autora traz 3 definições de faixas etárias para o período da adolescência. No Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), eles adotam a terminologia de juventude, que é separada em três grupos: de 10 a 14 anos de idade; dos 15 aos 19 anos de idade; juntamente com o grupo de até 24 anos.

Já para o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), conforme o artigo 2º, considera-se na fase da adolescência quem está na faixa etária entre os 12 a 18 anos de idade. E por fim, para a Organização Pan-Americana de Saúde (2021), a adolescência é compreendida como a segunda década da vida, englobando indivíduos entre 10 a 19 anos de idade.

A divergência entre as faixas etárias da adolescência reflete a complexidade do fenômeno. Enquanto a biologia foca na puberdade, o Direito necessita de marcos rígidos para a imputabilidade. De acordo com Spink (2017), essas categorias não são naturais, mas sim “produções discursivas” criadas para gerir a vida dos indivíduos. Portanto, a diferença de idades entre o ECA (12-18 anos) e a OPAS (10-19 anos) mostra que a adolescência é, acima de tudo, um território de disputas conceituais.

O autor Phillippe Ariès (1981), traz a inexistência da adolescência no passado, demonstrando que na Idade Média as crianças eram “pequenos adultos”. E essa fase apenas surge quando a escola passa a ser o lugar da juventude, e a família passa a se organizar em torno da proteção da prole, separando-os do mundo do trabalho.

Dialogando com Ariès, a autora Bock (2007), afirma que a “invenção” da adolescência foi feita pela sociedade para nomear o período em que o sujeito já tem corpo de adulto, mas ainda não tem autonomia financeira ou ainda não pertence ao mercado de trabalho. Ela ainda traz que a sociedade acredita que o adolescente é rebelde por causa dos hormônios, mas Bock prova que a causa dessa rebeldia seria uma resposta às condições sociais repressivas ou de exclusão.

E para aprofundar o trabalho da autora citada acima, Ozella (2018) traz a ideia que a adolescência é uma vivência subjetiva de uma realidade objetiva. Uma definição para a fase que o autor apresenta é um “momento do desenvolvimento”, sendo o resultado da inserção do jovem em um grupo social específico (etnia, gênero, classe social), o que explica o motivo que a adolescência de um jovem de elite é diferente de um jovem periférico.

Sendo assim, a identidade pode ser considerada um processo de diferenciação social, em que é como uma resposta às condições materiais de existência. Então, o jovem periférico constroi sua identidade sob a marca da

necessidade e da sobrevivência, enquanto o de elite constroi sob a marca da escolha e do consumo (Lane, 1994).

A teoria que o autor traz ajuda a explicar que a adolescência de elite é uma “moratória”, ou seja, é um tempo de espera e preparação para a vida adulta, como vemos nas escolas em que eles frequentam. Enquanto para o jovem periférico, essa fase é frequentemente abreviada pela necessidade de trabalhar ou pela exposição precoce à violência em algumas cidades ou bairros (Gonçalves, 2000).

Para explicar sobre características dessa fase, será adotada uma perspectiva sócio-histórica. Na adolescência, segundo Vygotsky (2018) ocorre a transição para o Pensamento por Conceitos. Acontece quando o jovem para de pensar somente no “aqui e agora” e passa a filosofar, a questionar a ética, a justiça e o futuro. É um marco dessa fase, pois contempla a internalização de ferramentas culturais complexas. Onde o adolescente passa a usar o pensamento como uma ferramenta de autocontrole.

Segundo Sérgio Ozella (2003), não existe “A” adolescência, mas “adolescências”. O autor detalha como a realidade objetiva (pobreza ou riqueza) se torna uma verdade subjetiva (sentimento), e em como o adolescente sente a sua classe social através do consumo e das oportunidades. Um marco considerado para Ozella é a inserção no grupo de pares como forma de diferenciação da família.

Enquanto isso, Contardo Calligaris (2000) traz a adolescência como um exílio, pois o sujeito já possui um corpo pronto para a vida adulta, porém a sociedade o impede de participar dela, o colocando em uma sala de espera social sem nenhuma função produtiva real. O autor também traz a questão do conflito do adolescente não ser biológico, mas sim pelo fato da comunidade mantê-lo na escola por um tempo maior, ao não saber o que fazer com ele.

Então, essa permanência maior na escola pode gerar um isolamento, sendo a tensão desse isolamento e do desejo dos adolescentes de pertencimento aos grupos de pares, a condição juvenil na modernidade. Os pares nessa fase são essenciais para a formação desses sujeitos, pois é no encontro com o “outro”, que eles buscam referências para construir sua individualidade e autonomia, promovendo uma distância do olhar julgador dos adultos (Sposito, 2010).

Como podemos visualizar, com todos esses autores discorrendo sobre a adolescência, é uma fase fundamental para a formação do indivíduo e o ingresso na sociedade. Por isso, é fundamental continuar estudos com essa faixa etária, a fim de entendê-los cada vez mais e para amenizar os sofrimentos trazidos pela idade.

3. CONFLITOS INTERPESSOAIS

A vivência do conflito interpessoal é intrínseca para o ser humano. Teorias sobre o fenômeno afirmam que o conflito é considerado um agente da promoção de mudanças, já que para manter o equilíbrio social, os indivíduos podem assumir pontos de vistas diferentes (Killen; Nucci, 1995).

O principal objetivo deste trabalho é desconstruir a visão de que o conflito é um erro a ser eliminado, o apresentando como uma necessidade para o desenvolvimento moral. Os conflitos interpessoais são inerentes às relações humanas e funcionam como um guia do que os jovens necessitam aprender sobre a convivência. E a intervenção não deve apenas visar uma resolução rápida, mas sim construir um processo reflexivo e o que cada um pode aprender com a situação (Vinha; Tognetta, 2014).

É possível perceber que, em sua maioria, os conflitos não são vistos como pedagógicos, como oportunidades para aprender e trabalhar os valores morais e a necessidade de regras de convivência, e as intervenções mais comuns visam, principalmente, contê-los ou evitá-los. No entanto, quando a situação é tratada como uma oportunidade para promover o desenvolvimento da autorregulação, o reconhecimento das perspectivas envolvidas e a busca por soluções mais cooperativas, damos a chance para que crianças e adolescentes desenvolvam estratégias de negociação mais assertivas e respeitadas (Vinha; Tognetta, 2014).

O ambiente escolar é, recorrentemente, palco de situações de conflitos interpessoais e de possíveis violências entre pares. O ambiente escolar cooperativo, baseado no respeito mútuo, favorece a assertividade. Porém, quando a gestão da escola escolhe ignorar os conflitos entre pares por considerá-los brincadeiras, deixa os jovens desamparados e contando com a própria sorte, o que pode desencadear o bullying (Frick; Menin; Tognetta, 2013).

Um estudo empírico de Frick, Menin e Tognetta (2013) traz que as relações são pautadas na coação e no respeito unilateral, e o adolescente tende a adotar posturas de submissão (pelo medo da punição) ou agressividade (pela reprodução do modelo coercitivo). Os autores afirmam que muitos indivíduos se comportam de modo agressivo em situações, principalmente se sentissem que obteriam sucesso com isso.

O tema desses autores retrata os conflitos interpessoais e o bullying escolar, eles realizaram um questionário sobre as tendências de resolução de conflitos hipotéticos. No ambiente A, com características coercitivas, aproximadamente, 74% das respostas foram categorizadas como resoluções submissas, seguidas por, aproximadamente, 13% de respostas agressivas. Já no ambiente B, com características cooperativas, aproximadamente, 92% das respostas estavam dentro das resoluções submissas e apenas 4% foram contabilizadas como agressivas (Frick; Menin; Tognetta, 2013). Portanto, é possível visualizar que em situações de conflitos interpessoais que resultam em bullying, em sua maioria são obtidas resoluções submissas.

Em uma pesquisa de campo de Lemes (2004), a autora pôde concluir que as meninas mostram maior tendência à assertividade e submissão que os meninos, que mostram maior tendência à agressividade que a que foi revelada no instrumento fechado contendo alternativas. Em suas considerações finais, a autora destaca a necessidade de programas educacionais que busquem ensinar crianças desde cedo, não apenas a percepção dos próprios sentimentos e direitos, mas também a do outro, promovendo uma aprendizagem de como solucionar conflitos de modo pacífico.

Na cultura de países latinos, orientais e árabes tendem a socializar as crianças e adolescentes para um funcionamento psicológico interdependente (Kitayama, 2001; Markus; Kitayama, 1991), de relacionamento e solidariedade, de valorização de uma convivência harmoniosa com o outro (Dias; Vikan; Gravas, 2000). O que resulta em uma maior importância na observância de princípios morais, no respeito à autoridade e na obediência (Wang; Leichtman, 2000), fatores esses que podem favorecer maior submissão, ou pelo menos, uma percepção da submissão como algo socialmente aceito e desejável.

Pesquisas revelaram que pais e filhos dizem que os conflitos que os aflige dizem respeito a pequenos detalhes da rotina diária, como por exemplo, as relações sociais que o jovem estabelece, a realização de tarefas e a regulação de atividades e de relacionamentos interpessoais (Smetana, 1989; Yau; Smetana, 2003). E isso ocorre, majoritariamente, em detrimento das expectativas dos pais, que desejam que seus filhos ajam conforme o seu arbítrio, o que não ocorre, comumente (Dekovic; Noom; Meeus, 1997; Montemayor, 1983).

Contudo, é no contexto do conflito com os pais que, na grande maioria, o adolescente adquire a capacidade de gozar dos direitos que a ele estão associados e a de ser autônomo (Helwig, 2006). Porém, apesar de ser uma questão importante para o desenvolvimento do jovem, quando o conflito é vivenciado de maneira recorrente, pode trazer implicações negativas para o seu ajustamento (Weymouth *et al.*, 2016).

A autora Adelsa Cunha (2018) traz um olhar contemporâneo para as relações, e como ela se depara com a dificuldade hoje existente dos sujeitos lidarem com os iguais, com os pares. Ela cita disputas constantes, rivalidades nocivas e competições, o que podem gerar conflitos interpessoais.

Como complemento, Bustos (1990) traz a existência de dois tipos de vínculos: aqueles que indicam simetria, ou seja, com complementaridade de responsabilidade igual; e aqueles vínculos assimétricos, e são denominados por papéis polares. No primeiro caso, estão os papeis de amigos, amantes, companheiros ou irmãos. Já no outro caso, se refere a papéis que contém algum tipo de hierarquia, como os de professor-aluno, pai-filho, médico-paciente.

Moreno (1978) traz o conceito de *clusters* de papéis, em que o eu desenvolve a função central de selecionador de papéis, e escolhe, a cada momento, exercer um papel adequado para a situação. Nesses papéis estão os de: filho, irmão, neto, sobrinho, amigo, aluno, entre outros. E esse intercâmbio de experiência é realizado através do efeito *cluster*. É feita a divisão em três grupos: *cluster um*, em que o complemento é a mãe ou um indivíduo que a represente; *cluster dois*, em que o complemento é o pai ou um adulto que o represente; e por fim, o *cluster três*, em que o complemento é o irmão ou seu equivalente (Bustos, 1990). Cunha (2018) ainda adiciona:

Cada um desses clusters se relaciona a uma dinâmica específica. O *cluster um* é diretamente ligado à forma como lidamos com a dependência, aqui incluídas todas as formas decorrentes dela, tais como o quanto aceito minhas vulnerabilidades, sei pedir ajuda etc. A função é *holding/acolhimento* e as emoções básicas são a inveja e a voracidade. O *cluster dois* tem como dinâmica principal a conquista da autonomia e tudo o que está a ela associado, como saber nomear o que se quer, aceitar limites, saber afirmar o que se pensa etc. A função principal é o *grounding* e a emoção básica é o ciúme. O *cluster três* tem como principal dinâmica saber dividir o mundo com os iguais, e a função principal é o *sharing*. A palavra-chave é simetria vincular. Os vínculos que sobrevivem da simetria contêm três dinâmicas diferentes: competir, rivalizar e compartilhar (p. 111).

Dessa forma, dependendo da forma como somos ensinados a lidar com as dinâmicas específicas de cada *cluster*, pode-se repetir o comportamento conservado em situações nas quais essa dinâmica esteja presente (Cunha, 2018). E diante de determinados episódios que aludem à dinâmica de dependência, autonomia ou compartilhar, o sujeito pode antecipar uma conduta e agir em função dela, e não de forma criativa e espontânea (Bustos, 1990).

A autora traz em seu artigo um caso para facilitar a compreensão da tese que ela defende, e nesse caso é possível visualizar um homem adulto que possui conflitos com seus pares em seu ambiente de trabalho. Ele, filho único adotivo de um casal, com quase nenhum amigo. Ela traz a importância de pensar na amplitude que o conceito do *cluster três*, o fraterno, nos traz. Pois para além de irmãos, a consciência e a percepção de todos aqueles que são nossos pares, e por isso, têm o mesmo direito que nós no mundo (Cunha, 2018).

Enquanto Bustos (1990) e Cunha (2018) nos ajudam a compreender a organização interna dos papéis através dos clusters, recorremos a Moreno (1978) para entender a dinâmica externa. O autor postula que o papel é uma resposta a uma situação específica. Logo, os conflitos interpessoais na adolescência podem ser vistos não como falhas de caráter, mas como tentativas de ajuste: o adolescente está testando novos papéis sociais em situações antigas, gerando atrito com os contrapapéis (pais e autoridades) que esperam o comportamento infantil de outrora.

Em suma, a análise apresentada neste capítulo evidencia que o conflito interpessoal, longe de ser uma anomalia a ser eliminada, constitui um mecanismo intrínseco e vital para o desenvolvimento moral e a construção da autonomia humana. Seja no ambiente escolar ou no seio familiar, a transição de uma cultura de coerção para uma de cooperação revela-se fundamental para evitar a cristalização

de comportamentos submissos ou agressivos, prevenindo fenômenos como o bullying. Ao integrarmos a perspectiva psicodramática de Moreno (1978), Bustos (1990) e Cunha (2018), compreendemos que as dificuldades relacionais muitas vezes refletem a repetição de padrões conservados nos *clusters* de papéis, da dependência e autonomia à simetria do compartilhar. Portanto, o grande desafio reside em transformar o conflito em uma oportunidade pedagógica que permita ao sujeito abandonar respostas automáticas e desenvolver a espontaneidade criativa, capacitando-o a transitar de rivalidades nocivas para relações pautadas no respeito mútuo e na assertividade entre pares.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar, a partir de uma revisão narrativa da literatura, os conflitos interpessoais na adolescência sob a lente teórico-metodológica do sociodrama. Através do levantamento bibliográfico, foi possível constatar que a adolescência ultrapassa a definição de uma simples etapa biológica, configurando-se como uma construção social e histórica complexa.

Foi possível relacionar a temática dos conflitos com o período da adolescência, por ser uma fase de muitas mudanças e crescimento. Como trazem os autores Ariès (1981) e Bock (2007), essa fase é marcada não apenas pelas transformações do corpo, mas principalmente pela busca de identidade e pela necessidade de diferenciação do núcleo familiar. Sendo assim, a inserção no grupo de pares torna-se fundamental, pois é nesse espaço que o jovem vivencia sua realidade subjetiva (Ozella, 2018) e experimenta novos papéis sociais, saindo da condição de espera para tentar atuar ativamente na sociedade.

Conclui-se que essa busca por autonomia torna a vivência do conflito interpessoal algo intrínseco e necessário ao desenvolvimento humano. Em vez de ser encarado como um erro a ser punido, o conflito deve ser compreendido como uma oportunidade pedagógica (Vinha; Tognetta, 2014). Ao analisarmos a dinâmica dos *clusters* e papéis trazida por Bustos (1990) e Cunha (2018), fica evidente a importância de intervenções que fujam da coação. O trabalho final, portanto, aponta para a necessidade de auxiliar o adolescente a transitar da submissão ou

agressividade para a espontaneidade criativa, permitindo que ele construa relações baseadas no respeito mútuo e na assertividade.

Por fim, sugere-se que futuras pesquisas de caráter empírico e de intervenção sociodramática sejam realizadas no ambiente escolar. Tais iniciativas de campo poderão materializar os conceitos teóricos aqui discutidos, utilizando o protagonismo e a dramatização como ferramentas ativas para a mediação de conflitos e o fortalecimento dos vínculos fraternos entre os adolescentes.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 11, n. 1, p. 63-76, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 13563, 16 jul. 1990.

_____. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular (BNCC)**. Brasília, DF: MEC, 2018.

_____. Thematic analysis. In: LYONS, E.; COYLE, A. (org.). **Analysing qualitative data in psychology**. 2. ed. London: Sage, 2016. p. 84-103..

BUSTOS, D. M. **Perigo... amor à vista!**: drama e psicodrama de casais. 2. ed. aum. São Paulo: Aleph, 1990.

CALLIGARIS, C. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.

CUNHA, A. Reflexões sobre a dinâmica das relações fraternas na vida adulta.

Revista Brasileira de Psicodrama, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 109-113, 2018.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932018000200010. Acesso em: 26 jan. 2026.

DEKOVIC, M.; NOOM, M.; MEEUS, W. Expectations regarding development during adolescence: parental and adolescent perceptions. **Journal of Youth and Adolescence**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 253-272, 1997.

DIAS, M. G. B. B.; VIKAN, A.; GRAVAS, S. Tentativa de crianças em lidar com as emoções de raiva e tristeza. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 5, n. 1, p. 49-70, 2000.

ERIKSON, E. H. **Identidade**: juventude e crise. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FEIJÓ, M. R.; FERRACINI, F. S. **Psicodrama e adolescência**: uma construção coletiva da autonomia. São Paulo: Ágora, 2021.

FIGUSCH, Z. O modelo contemporâneo de sociodrama brasileiro. In: MARRA, M. M.; FLEURY, H. J. (Orgs.). **Sociodrama**: um método, diferentes procedimentos. São Paulo: Ágora, 2010. p. 189-205.

FLEURY, H. J.; MARRA, M. M. Tendências atuais no campo das intervenções e da aplicação do sociodrama como método. In: MARRA, M. M.; FLEURY, H. J. (Orgs.). **Sociodrama**: um método, diferentes procedimentos. São Paulo: Ágora, 2010. p. 15-33.

FRICK, L. T.; MENIN, M. S. S.; TOGNETTA, L. R. P. Um estudo sobre as relações entre os conflitos interpessoais e o bullying entre escolares. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 21, n. 1, p. 93-113, jan./jun. 2013.

GONÇALVES, M. G. M. **Psicologia, subjetividade e história**: o sentido da liberdade na obra de Vigotski. São Paulo: Cortez, 2000.

HELWIG, C. The development of personal autonomy throughout cultures. **Cognitive Development**, [S. l.], v. 21, n. 4, p. 458-473, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**: população por idade e sexo: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

IUNES, A. L. S.; CONCEIÇÃO, M. I. G. Intervenção psicodramática em ato: ampliando as possibilidades. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 25, n. 2, p. 19-27, 2017.

KILLEN, M.; NUCCI, L. Morality, autonomy and social conflict. In: KILLEN, M.; HART, D. (ed.). **Morality in everyday life**: developmental perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. p. 52-86.

KITAYAMA, S. Culture psychology of the self: a renewed look at independence and interdependency. **International Journal of Psychology**, [S. l.], v. 35, n. 3-4, p. 204-234, 2001.

LANE, S. T. M. **Psicologia social**: o homem em movimento. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LEMES, M. I. S. Resolução de conflitos interpessoais: interações entre cognição e afetividade na cultura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 367-380, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/H8G8xL6WkS6Y6V5yK6P3R6d/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

MAÇANEIRO, A.; ALMEIDA, V. O. de. No palco da psicoterapia: um adolescente, seu drama e o psicodrama. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 27, n. 2, p. 212–219, 2019.

MARKUS, H. R.; KITAYAMA, S. Culture and the self: implications for cognition, emotion and the self. **Psychological Review**, [S. l.], v. 98, n. 2, p. 224-253, 1991.
MONTEMAYOR, R. Parents and adolescents in conflict: all families some of the time and some families most of the time. **Journal of Early Adolescence**, [S. l.], v. 3, n. 1-2, p. 83-103, 1983.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1978.
NERY, M. P.; GISLER, J. V. T. Sociodrama: método ativo na pesquisa, no ensino e na intervenção educacional. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 23, n. 1, p. 23-31, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde dos adolescentes e jovens**. Brasília, DF: OPAS, 2021. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/topicos/saude-dos-adolescentes-e-jovens>. Acesso em: 16 jan. 2026.

OZELLA, S. (org.). **Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. (org.). **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2018.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4NwHGpVM5Wqzq7j9b/?lang=pt>. Acesso em: 07 mai. 2026.

ROZADOS, D. S. Em busca do momento: por uma teoria da temporalidade a partir da obra de Moreno. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 26, n. 2, p. 96-107, 2018.
SANTANA, J. F.; ASSIS, S. G. Violência entre pares na escola: a construção social de um conceito. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 565-573, 2012.

SANTOS, A. P. dos. **Psicodrama, a subjetividade e a intersubjetividade dos adolescentes: construindo valores**. Monografia de Especialização, PUC-SP, 2013.

SMETANA, J. **Adolescents' and parents' reasoning about actual family conflict**. *Child Development*, [S. l.], v. 60, n. 5, p. 1052-1067, 1989.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

SPOSITO, M. P. Algumas reflexões sobre a produção de sentimentos na ação coletiva juvenil. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 448-456, 2010.

CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN: dia a dia dos pais perante o diagnóstico

Isadora Ribeiro dos Santos Pereira
Graduanda em Psicologia - Uni-FACEF
isadoraribeiro310@gmail.com

Livia Oliveira Reche
Graduanda em Psicologia - Uni-FACEF
rechelivia0@gmail.com

Sofia Muniz Alves Gracioli
Professora Uni-FACEF - Doutora FFCLRP- USP
sofiagracioli@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

O assunto que será abordado é bastante repercutido há anos na sociedade, a síndrome de Down (SD), também denominada trissomia 21, está entre as patologias genéticas de maior ocorrência, ou seja, não é uma doença como era citada anteriormente de estudos, é uma alteração genética justamente porque ao invés dos 23 pares de cromossomos, no par 21 existem três cromossomos.

Diante essa perspectiva, a justificativa quando se trata da chegada de um filho com necessidades especiais e que não corresponde às expectativas e idealização dos pais, principalmente das mães em ter um filho “perfeito”, a reação deles e a convivência daí em diante certamente será diferente. O estresse atinge relações entre eles e até mesmo familiares, assim como a preocupação em relação ao desenvolvimento e independência dele no decorrer da vida. Logo, o contexto pode corresponder diretamente com um impacto na vida destes pais já que, são vivenciados diversos sentimentos perante o diagnóstico de um filho com SD.

A partir de fatos abordados por vários estudos e pesquisas, pais de crianças com necessidades especiais, SD em específico deste artigo, são mais suscetíveis a vulnerabilidade à exposição de estresse, de que mães de crianças nascidas sem nenhuma anomalia, chegando à procura de estratégias como fuga-esquiva para lidar com essas situações.

Ademais, nessa pesquisa tem como objetivo explorar informações sobre as reações dos pais a partir do diagnóstico e o dia a dia deles com filhos que possuem a Síndrome de Down, além de ter a perspectiva deles em como lidar com

esse desafio diariamente e buscar o que afeta e o que acrescenta ajuda a essa criação.

Por fim, foi utilizada a metodologia de revisão literária crítica, obtendo conhecimento de artigos científicos, filmes e livros sobre o tema escolhido, no qual é muito importante, além da legislação pertinente.

2. CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN E SUAS ESPECIFICIDADES

Existem três categorias na síndrome de Down, sendo elas: Trissomia 21 simples, a mosaico e a translocação no qual o cromossomo 21 se liga a outro cromossomo. Levando em consideração a formação do nome e seu significado, o termo “síndrome” significa conjunto de sintomas e “Down”, sobrenome do médico pediatra inglês John Langdon Down, nome do homem no qual foi o primeiro a falar clinicamente sobre a associação dos sinais característicos das pessoas com SD, quando em suas pesquisas percebeu a diferença dos cromossomos, em 1866. A partir disso, a trissomia do 21 (como foi conhecida), foi incluída na reforma do código civil e surgiu a Lei nº 13.146/2015 Brasileira de Inclusão, lei que na qual garante que o histórico e direitos em que até certa idade ainda precisem de alguém para apoiá-lo. (Brasil, 2015)

Ademais, há uma data para a comemoração da presente deficiência, 21 de março que foi criada em 2006, mas só em 2011 a Down Syndrome Internationale incluiu ao calendário das Nações Unidas, porém, é comemorada até os dias atuais e o respeito pelo movimento está aumentando cada vez mais. (Movimento Down, 2018).

Segundo Souza e Veríssimo (2015, p. 29) “o desenvolvimento do bebê começa desde a infância primária e pode ser articulada e construída a partir de herança genética, estimulação ambiental familiar, e cuidados com o bebê, tudo isto é moldado pelo cérebro da criança facilitando sua evolução”. Diante disso, sabe-se que em portadores da síndrome, como é observado quando ainda está no pré-natal, é fácil ligar algumas características dos pais para uma futura doença dos filhos, como doenças na família, hereditariedade ou a própria genética dificuldade no desenvolvimento, onde essas crianças apresentam déficit cognitivo, motor e social, além da idade avançada da mãe.

Em relação à idade materna, percebe-se que o resultado encontrado durante esse estudo vai de encontro com outras pesquisas que indicam como uma possível causa do desenvolvimento da SD a idade avançada das mães, já que cerca de 52,8,0% das mães participantes estavam em uma faixa etária de 40 a 50 anos. A partir dos 35 anos, há maior risco para mulheres gerarem crianças sindrômicas 6,10. Esse risco aumenta de forma progressiva com o avanço da idade materna, sendo necessário, portanto, adequado acompanhamento pré-natal destas mulheres, a fim de que sejam orientadas sobre a SD. (Santos; Passanha, 2023, p. 160).

A síndrome de Down possui métodos que podem ser utilizados para este diagnóstico: a Amniocentese que é colheita da amostra do líquido amniótico para posterior análise cromossômica do material. A Amostra Vilo Corial, colheita de amostra do tecido fetal que constitui em parte da placenta, para o estudo do cariótipo do feto e a Cordocentese, colheita de amostra de sangue fetal, obtida a partir da punção do cordão umbilical que permite o estudo cromossômico das células fetais. Após o nascimento, o diagnóstico é feito através do reconhecimento das características do bebê como rosto menor e desproporcional ao corpo, pescoço largo e curto, entre outras características e, para a confirmação, é feito o exame do cariótipo que é a análise dos cromossomos das células (SIGAUD, 1997).

Porém, atualmente é muito difícil o profissionalismo dos responsáveis que estão à frente, ou seja, que se observa é que a maioria desses profissionais não se encontram preparados para realizar esse trabalho da forma recomendada, com ética e amor ao se deparar com pessoas em fragilidade (Buscaglia et. al., 1988).

Segundo Lima et. al. (2020, p. 2)

Na primeira infância a maioria dos casos em crianças típicas o aleitamento materno é indispensável. Entretanto nas condições com a trissomia do cromossomo 21, raramente é aceita esse tipo de amamentação por conta da hipotonia que a mesma possui. A mama da mãe se torna desproporcional para o bebê, que não consegue realizar a sucção para se alimentar, sendo mais uma dificuldade encontrada na alimentação infantil. Com ajuda de nutricionista e fonoaudiólogo a indicação de mamadeiras específicas para cada caso é indispensável.

Ademais, quando nascem e vão crescendo, é apresentado um déficit em algumas áreas, como em dificuldades na fala, aprendizagem lentificada e língua protuberante; além de tendência a ter mais patologias, como diabetes, cardiopatias, hiper ou hipotireoidismo, problemas gastrointestinais, diminuição auditiva e visuais (Rêgo et. al., 2023). Além disso, problemas no sistema nervoso, autismo, regressão emocional, alterações oftalmológicas, medula, tireoide, arcada dentária, nos

pulmões, estômago, pâncreas, rins, glândula suprarrenal, vesícula biliar, hipotonia entre outros (Lima et. al., 2020).

Segundo Frota Gois e Santos Junior (2018, p. 33)

Crianças com síndrome de Down possui atrasos significativos no desenvolvimento como interação social, organização espacial, motricidade etc. Mas isso pode ser melhorado caso sejam fomentadas pesquisas na SD (síndrome de down), pois a fisioterapia na área de estimulação precoce possui bons resultados nos marcos neuropsicomotores desses bebês.

Por fim, pode-se observar que, independentemente de suas especificidades, crianças que possuem a trissomia podem se desenvolver, porém ela terá atrasos significativos diante todas as dificuldades e, existem estruturas para lidar com isso, como tratamentos psicológicos, fisioterapia e medicamentos.

3. DIA A DIA DOS PAIS DIANTE O DIAGNÓSTICO DOS FILHOS COM SÍNDROME DE DOWN

Quando uma família está esperando um filho, a expectativa de saúde dele que os pais têm é muito grande, o medo, angústia, ansiedade são emoções que aumentam muito nessa época e, quando nasce uma criança que não está no padrão de idealização desses pais há uma grande frustração, já que suas expectativas não foram atendidas.

Segundo Barros *et. al.*, (2019, p. 20).

A idealização do filho pelos pais e por toda família, onde todas as suas características previamente são estipuladas, principalmente a do “filho perfeito” e, quando estas expectativas são contrariadas e vem acompanhada por um diagnóstico de SD, o filho real gera algumas frustrações. E é nesse momento que o diagnóstico trás forte impacto na vida das famílias. Traz consigo um desmoronamento do que se tinha construído, começa a surgir o medo do desconhecido, o choque da notícia, e o enfrentamento da família diante a forma que a informação do diagnóstico é passada para ela.

O diagnóstico pode inicialmente resultar em sofrimento emocional significativo. Um número considerável de pais pode se ver mal preparado para enfrentar uma realidade que lhes é estranha. Preocupações com o futuro, bem como as limitações e desafios que a criança e a família podem encontrar, podem surgir. No entanto, com o passar do tempo, pode-se testemunhar uma evolução emocional: sentimentos iniciais de negação e tristeza podem se transformar em amor, aceitação e dedicação ao cuidado e desenvolvimento da criança (Almeida, 2023).

Outrossim, o filme brasileiro “O Filho Eterno”, filme no qual se derivou de um livro, conta a história de pais que tiveram seu filho e ficaram felizes pela vida dele, porém, quando descobriram a síndrome, se assustaram, perguntaram ao médico se tinha como “concertar” a criança e não sabiam como lidar com a situação, ficaram totalmente perdidos. Quando a criança foi crescendo, principalmente o pai, Roberto, não aceitava a condição especial do filho, sente vergonha e rejeição. A narrativa mostra como ele tenta negar a realidade, afastar-se emocionalmente e até racionalizar suas atitudes através de sua paixão pela literatura, ele achava que a cognição dele era totalmente boa e, achava que ele estava brincando por não saber responder uma pergunta em que o pai intitulava “fácil”, depois de muitos desafios, pelo filho ser expulso da escola e longas conversas com a esposa, ele aceitou o filho e conseguiu ter a coragem para cuidá-lo. O presente filme nos traz uma grande lição, pois trata de forma sensível o preconceito social e a ideação do “filho perfeito” que os pais esperam. (Moura, 2016)

Além disso, a vida cotidiana passa por uma reorganização que incorpora novas rotinas, incluindo consultas médicas, terapias e atividades de estimulação precoce. Embora essa rotina possa apresentar maiores demandas, muitos pais indicam que o relacionamento com os filhos se fortalece e que o aprendizado mútuo surge como um aspecto crucial da experiência. Diante à perspectiva de estudos, mães com filhos que tem a SD possuem mais assertividade do que as mães com filhos que não possuem a doença, sendo pela forte demanda em que a criança precisa para seu desenvolvimento. (Cielinski, 1995).

Ademais, é notório que, diante à realidade em que os pais vivem, como medo e insegurança, eles acabam permitindo o filho demais em questões da alimentação, por exemplo, oferecem todo tipo de alimento que ele deseja e assim pode ocorrer sobrepeso e até doenças (De Oliveira et. al. 2023). Além disso, segundo Lima et. al. (2020, p. 3) “o consumo alimentar de pessoas com a síndrome, em alguns casos, apresenta-se inadequado em relação a alguns minerais, como o zinco, repercutindo em alterações no sistema imunológico e no metabolismo dos hormônios da tireoide”.

Diante essa perspectiva, o estresse dos pais e a forma como eles levam a vida pode ter relação com o comportamento da criança, ou seja, se ela for mais agitada ou apresentar mais dificuldades de aprendizado pode ter um

sobrecarga maior dos pais, como sobrecargas físicas, psicológicas, sociais e financeiras da família e dos genitores individualmente, sendo assim, conseqüentemente, o nível de estresse dos pais aumentam (Silva; Dessen, 2003). Do mesmo modo, o apoio social e o de outras famílias de crianças com a deficiência pode diminuir esse estresse parental. (Gohel et. al., 2011). Além disso, é fundamental discutir o papel das políticas públicas e da sociedade na vida das pessoas com Síndrome de Down e de suas famílias. O apoio governamental, por meio de leis, programas sociais e atividades de integração, faz toda a diferença para proporcionar a essas crianças uma vida mais digna, com acesso à educação, à saúde e a oportunidades de desenvolvimento.

De outro modo, há estratégias para que o processo adaptativo desse sintoma seja regulado ou que não exista, bem como resolução de problemas, busca de informações, negociação, acomodação, busca de suporte e autoconfiança (Gembeck; Skinner, 2011).

Conseqüentemente, é essencial enfatizar a importância do apoio e da informação nesse processo. A partir disso, é imprescindível a assistência de profissionais qualificados, famílias com experiências semelhantes e por meio do Programa de Estimulação Precoce da Secretaria de Estado e Educação do Distrito Federal, sendo assim, tais fatores podem ajudar na capacidade dos pais de alcançar segurança e confiança para lidar com a criação das crianças. Mesmo com a garantia da Lei nº 13.146/2015, muitas famílias ainda enfrentam problemas; falta de informação, estrutura adequada e profissionais preparados para atender às necessidades específicas de crianças com Síndrome de Down. Nesse ponto, é muito importante que quem atua na saúde e na educação receba uma boa formação para saber lidar com cada situação com respeito, acolhimento e compaixão. Por exemplo, o momento do diagnóstico é muito delicado e exige que médicos e enfermeiros tenham a sensibilidade de orientar cuidadosamente os pais, oferecendo segurança e apoio. Quando isso não acontece, os pais se sentem ainda mais perdidos e sozinhos diante de uma nova realidade repleta de dúvidas (Silva, 2003).

As escolas também desempenham um papel importante na integração. Crianças com Síndrome de Down têm o direito de estudar em escolas regulares, com colegas de diferentes origens, desde que o ambiente escolar esteja preparado para acolhê-las. Isso inclui professores qualificados, materiais adaptados, apoio

individual e paciência no processo de aprendizagem. A interação com outras crianças auxilia muito no desenvolvimento socioemocional de crianças com Síndrome de Down, além de promover valores como respeito, empatia e cooperação entre todos os alunos. Além disso, é preciso pensar no apoio à família como um todo. Com isso, é necessário a criação de Grupos de apoio, grupos de discussão com outros pais, aconselhamento psicológico e palestras informativas são medidas importantes que ajudam os cuidadores a compreenderem melhor a condição do filho e a lidar com as dificuldades do dia a dia. Por isso, muitas vezes, a troca de experiências entre famílias que passam por situações semelhantes traz conforto, força e novas formas de enfrentamento. (Silva, 2003).

Muitas vezes, os pais e os familiares recebem o diagnóstico de SD apenas na hora do nascimento, o que causa angústia, frustração e insegurança com relação ao desenvolvimento de seu filho. Nesse sentido, é importante que os profissionais estejam preparados para orientar e acolher os pais que passam por momentos difíceis ao terem um filho que foge dos padrões de normalidade impostos pela sociedade. (Hendges et. al., 2020. p.3)

Em última análise, é crucial que a família obtenha apoio emocional e informações abrangentes, permitindo-lhe acolher a criança com carinho, enfrentar os desafios com mais confiança e participar do desenvolvimento de uma sociedade mais inclusiva e livre de preconceitos com crianças que possuem a Síndrome de Down.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela absorção de todas essas informações, é possível atribuir a elas nessa pesquisa que o objetivo foi explorar informações sobre as reações dos pais a partir do diagnóstico e o dia a dia deles com filhos que possuem a Síndrome de Down, além de ter a perspectiva deles em como lidar com esse desafio diariamente e buscar o que afeta e o que acrescenta ajuda a essa criação. Na revisão bibliográfica não foi encontrado nenhum desafio, porém, é uma triste realidade que os pais com filhos que possuem a trissomia do 21 tenham uma demanda maior em suas vidas, como nas suas rotinas e em questões emocionais, até porque os filhos necessitam de maior atenção em suas rotinas, foi apresentado a dificuldade de fala, aprendizado pelo cognitivo ser menos desenvolvido do que de uma pessoa sem a deficiência, problemas na alimentação, pois os pais não conseguem limitar o filho e

assim, consequentemente, é resultante em sobrepeso ou doenças que também podem estar só pela síndrome em si.

Essa concepção é fundamental para a atividade vocacional de um psicólogo, que amplia seus estudos para uma base concreta que é fornecida pelo desenvolvimento humano, especificamente na infância com as características especiais da Síndrome de Down. Para tal tema, é necessária uma intervenção para assegurar aos pais a segurança desde o início da gravidez, ou seja, os médicos serem preparados para saber dar a notícia e conseguir prosseguir com o tratamento sem preocupações dos pais, além disso, é necessário a execução de campanhas em locais públicos para a obtenção de informações para eles, a fim de propor os cuidados, orientá-los a partir de desafios na gravidez, no parto e até o crescimento da criança e, consequentemente dessas palestras, rodas de conversa para todos darem suas experiências de vida e ajudarem a quem se encontra nervoso, como pais de primeira viagem que tenham descoberto que o filho tenha a Síndrome recentemente ou até mesmo os que não conseguem lidar com a presente situação.

No fim, quando o governo, a escola, os profissionais da saúde e a sociedade se juntam para proteger os direitos das pessoas com Síndrome de Down, a vida dessas crianças e de suas famílias muda. Elas começam a ser vistas com respeito e têm chance para mostrar seus talentos e atingir o seu espaço no mundo. Isso ensina que a inclusão não é apenas um direito, mas também uma obrigação de todos.

Por fim, as futuras pesquisas irão ser compostas por repertórios bibliográficos, porém, levados à prática, será onde iremos ver realmente como é o dia a dia dos pais, seus maiores desafios, como cuidam de si e dos filhos, seus sentimentos etc. Ademais, é explícito o quanto tal tema deve ser mais para mais segurança dessas famílias que encontram esse desafio e se sentem perdidos, nervosos, ansiosos e com medo de não conseguirem lidar com a situação em sua vida.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Thatiane Rocha; RIBEIRO, Luciana França. **Nível de estresse em pais de crianças e adolescentes com Síndrome de Down: adesão ao tratamento psicológico**: Saúde e Ciência, V. 7, n. 2, 2017.

ARAÚJO, Alicia Marinho et. al. **A vivência dos pais com crianças portadoras de Síndrome de Down sob a teoria da Adaptação**: JRG de Estudos Acadêmicos,. VI, n.13., 2023.

COMELLI, Erica. **Síndrome de down e experiência materna**: Uma análise a partir das concepções das mães: bauru, 2008. Disponível em: https://repositorio.unisagrado.edu.br/jspui/bitstream/handle/3850/1/Sindrome_de_down_e_experiencia_materna_uma_analise_apartir_das_concepcoes_das_maes.pdf

DE OLIVEIRA, Luciene Almeida; SICA, Caroline D'Azevedo. **Educação alimentar e nutricional em portadores de Síndrome de Down: uma revisão de literatura**. Revista da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 1–15, 2023. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/1906>. Acesso em: 31 mai. 2025.

FILHO, João Batista Porto Lima et. al. **O impacto intrafamiliar do diagnóstico da síndrome de down**: uma revisão integrativa. Brazilian Journal do Development, v.7, n.7, p. 66912-66918, 2021.

HENDGES, Vanessa Maria; GRAVE, Magali Teresinha Quevedo; PÉRICO, Eduardo. **Avaliação do desenvolvimento psicomotor de crianças com Síndrome de Down**. [S. l.]: Neurociências, 2020. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/xb3vhnxbbjh47mj66mip6jhcou/access/wayback/https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/download/10907/8233>. Acesso em: 31 mai. 2025.

HÖHER, S. P.; WAGNER, A. D. L.. **A transmissão do diagnóstico e de orientações pais de crianças com necessidades especiais**: a questão da formação profissional. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 23, n. 2, p. 113–125, abr. 2006.

LIMA, Camila Gabriele Brandão et. al., **Fatores que interferem na ocorrência de sobrepeso em portadores de Síndrome de Down**. Revista Liberum accessum, 2020.

MONTES, Kananda Fernanda; CIA, Fabiana; SPINAZOLA, Cariza de Cássia. **Análise e correlação do suporte social e satisfação parental de famílias de crianças com síndrome de Down**. Rev. Educ. Espec., Santa Maria, v. 36, 2023. Disponível em <http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-686X2023000100211&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 jun. 2025. Epub 17-Jun-2024. <https://doi.org/10.5902/1984686x67399>.

MOURA, Paulo. **O filho eterno**. Brasil: RT Features, 2016.

PEREIRA-SILVA, N. L.; ANDRADE, J. C. M.; ALMEIDA, B. R.. **Famílias e síndrome de Down**: Estresse, *coping* e recursos familiares. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 34, p. e3445, 2018.

REIS, L. B.; PAULA, K. M. P. DE .. **Coping materno da Síndrome de Down:** identificando estressores e estratégias de enfrentamento. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 35, n. 1, p. 77–88, jan. 2018.

SANTOS, Lilian Melo; PASSANHA, Adriana. **Aleitamento materno em crianças com Síndrome de Down:** Unip, 2023. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/tainacan-items/34088/109913/03V41_n3_2023_p158a162.pdf. Acesso em: 31 mai. 2025.

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A.. **Crianças com síndrome de Down e suas interações familiares.** Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 16, n. 3, p. 503–514, 2003.

EFEITOS DA ANSIEDADE NOS PARÂMETROS OCULOMOTORES: latência de saccades e tempo de reação visual

Rafael D'Elia Miranda de Andrade
Graduando Psicologia Uni-FACEF
rafaeldelia22@gmail.com

Sofia Muniz Alves Gracioli
Professora Uni-FACEF- Doutora FFCLRP-USP
sofiagracioli@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Apesar de a ansiedade ser um tema amplamente investigado em seus aspectos gerais, com definições consolidadas e efeitos bem documentados na literatura científica, seus impactos nos parâmetros oculomotores permanecem um nicho de pesquisa relativamente menos explorado em comparação aos sintomas centrais e clássicos. Sintomas tão relevantes quanto os oculomotores são frequentemente subestimados em favor de traços mais valorizados na pesquisa tradicional. Diante desse cenário, surge a necessidade de investigar: de que forma e em que magnitude a ansiedade modifica o comportamento motor ocular.

O presente artigo busca compreender os efeitos da ansiedade nos parâmetros oculomotores, com ênfase na latência de saccades e no tempo de reação visual, em adultos saudáveis, sem sintomas acentuados de transtornos de ansiedade clínica, ou seja, na população não-clínica ou com variação natural de traço ansiedade. Essa abordagem permite investigar como níveis subclínicos de ansiedade influenciam o controle oculomotor em indivíduos sem diagnóstico patológico, contribuindo para uma compreensão mais ampla dos mecanismos atencionais e executivos na população geral. Para tanto, o trabalho integra as bases biológicas do sistema oculomotor, fundamentadas em referências clássicas de anatomia e neuroanatomia, com teorias psicológicas contemporâneas.

Vale ressaltar que a maioria das pesquisas sobre os efeitos da ansiedade nos parâmetros oculomotores, como latência de saccades e tempo de reação visual, concentra-se em populações clínicas, indivíduos diagnosticados com transtornos de ansiedade (ex.: ansiedade social ou generalizada), enquanto estudos em populações não-clínicas ou com níveis subclínicos de ansiedade elevada são

relativamente escassos. Embora grupos sem sintomas clínicos sejam frequentemente incluídos como controles em experimentos, eles servem principalmente para comparação, sem uma investigação aprofundada dos impactos da ansiedade como traço contínuo nesse segmento da população geral. Essa limitação é ainda mais pronunciada no contexto brasileiro, onde o número de estudos utilizando eye-tracking para avaliar alterações oculomotoras associadas à ansiedade permanece limitado, apesar do potencial dessa ferramenta como marcador biocomportamental não invasivo e sensível. Diante dessa lacuna, torna-se relevante explorar os efeitos da ansiedade em amostras não-clínicas ou com variação natural de sintomas, contribuindo para uma compreensão mais ampla dos mecanismos atencionais e executivos envolvidos.

Nesse sentido, o presente trabalho adota uma abordagem integrativa que combina as bases biológicas do sistema oculomotor referências de anatomia e neuroanatomia como Bicas (2003) com estudos afins, como SILVA (2024), e teorias da psicologia comportamental. A ansiedade é concebida como um mecanismo adaptativo evolutivo que altera a priorização atencional e o processamento visual em resposta a ameaças potenciais, complementando a Teoria do Controle Atencional da Ansiedade (Eysenck et al., 2007), segundo a qual níveis subclínicos de ansiedade comprometem os recursos executivos, resultando em prejuízos no controle oculomotor, sobretudo na latência de saccades e no tempo de reação visual em tarefas inibitórias e de shifting atencional.

Para tanto, adotou-se a metodologia de revisão bibliográfica crítica, utilizando-se de livros, artigos científicos, que versam sobre o tema ora estudado.

2. ANSIEDADE

A ansiedade é uma emoção inerente ao ser humano e tem sido objeto de estudo ao longo dos séculos. Embora em períodos anteriores fossem utilizados outros termos para descrevê-la, sua presença é observada em obras como *The Anatomy of Melancholy* (1621), de Robert Burton, na qual é associada a um estado de medo difuso e prolongado. No campo da psicologia, sua abordagem científica inicial ocorreu na psicanálise, especialmente com Freud (1894/1895), que utilizou o termo “angústia” para descrever manifestações como o medo de origem imaginária e

a inquietação. Posteriormente, surgiram outras perspectivas teóricas, como as abordagens comportamental e fenomenológica, que, apesar de apresentarem interpretações distintas sobre sua origem, convergem ao definir a ansiedade principalmente a partir de seus sintomas.

Atualmente, a ansiedade é um dos fenômenos mais estudados na área de pesquisa, com ênfase em suas causas, sintomas e consequências. Apesar da vasta produção científica, os significados atribuídos ao termo variam conforme a abordagem. Para o presente artigo, adotaremos principalmente a perspectiva comportamental, considerando, conforme Mowrer (1939), a ansiedade como um impulso motivado por reforçamento negativo, capaz de fortalecer respostas de esquiva e escape. Complementarmente, serão utilizadas bases teóricas fisiológicas e neurofisiológicas, relacionando a ansiedade aos seus efeitos no sistema nervoso central e à atuação de neurotransmissores como serotonina e noradrenalina (Salzman et al., 1993).

A partir dos textos da psicologia behaviorista radical, entende-se que a ansiedade surge da antecipação de um estímulo aversivo, mantendo-se por tempo suficiente para que o organismo apresente alterações emocionais e comportamentais antes mesmo da ocorrência do evento (Skinner, 1953/1965, p. 178). Posteriormente, Skinner (1989) afirma que “a condição sentida como ansiedade passa a funcionar como um segundo estímulo aversivo condicionado”, fazendo com que a própria ansiedade se torne um estímulo aversivo que altera o repertório comportamental do indivíduo, reduzindo a probabilidade e a intensidade de suas respostas (Skinner, 1941/1961).

Portanto, a ansiedade resulta da antecipação de um estímulo aprendido como negativo, que modifica o padrão comportamental normal e, por si só, exerce controle aversivo. Watson e Rayner (1920), em seu clássico estudo com o Pequeno Albert, ilustram empiricamente esse processo ao demonstrarem como um estímulo neutro pode tornar-se um estímulo condicionado elicitador de respostas de medo.

Segundo a neuropsicologia, a ansiedade é compreendida como uma resposta emocional e fisiológica causada por interações cerebrais dos sistemas responsáveis pela percepção de ameaças, regulação emocional e processamento cognitivo, conforme pontuado por LeDoux e Pine (2016, p. 1084) ao afirmarem que

“[...] anxiety be used to describe feelings that occur when the source of harm is uncertain or is distal in space or time”. Diante de sua complexidade, seguir-se-á seu caminho de atuação para o melhor entendimento do conteúdo, o qual será abordado em seções posteriores.

Complementarmente, o melhor entendimento da ansiedade se dá pela convergência entre as perspectivas teóricas, com a explicação biológica da neuropsicologia complementada pela teoria comportamental radical. Esta última explica a adaptação da ansiedade aos estímulos por meio de sua teoria de adaptação condicionada, a qual se faz necessária para compreender como os estímulos são adquiridos e de que forma podem ser manipulados.

3. ANSIEDADE BIOLÓGICA

O entendimento da ansiedade aproxima-se consideravelmente do medo em virtude das intensas ligações estruturais e funcionais compartilhadas entre ambos (Lee, 2016). A ansiedade atua biologicamente como uma resposta do organismo à interpretação de ameaças reais, potenciais ou imaginárias, preparando o corpo para a reação de luta ou fuga, da mesma forma que o medo. Ambas as condições compartilham grande parte dos sintomas autonômicos, tais como sudorese, taquicardia sinusal, hiperventilação, tremores e hipervigilância, ativados pelos mesmos sistemas fisiológicos e vias neurais (pathways).

Os principais sistemas envolvidos na resposta ansiosa são: a) o Sistema Nervoso Simpático, responsável pela ativação rápida da reação de luta ou fuga; b) o Eixo Hipotálamo-Hipofisário-Adrenal (HPA), responsável pela liberação sustentada de cortisol, o principal hormônio do estresse; c) o Tronco Encefálico (especialmente o locus coeruleus), que detecta expressões faciais ameaçadoras e promove a liberação de norepinefrina, aumentando o estado de alerta; d) as Estruturas Límbicas, que retransmitem informações sensoriais ao córtex por meio do tálamo, atribuem valor emocional e relevância à ameaça, consolidam memórias implícitas de medo condicionado e disparam respostas rápidas de medo via tronco encefálico, com menor impacto inicial no eixo HPA; e e) o Núcleo do Leito da Estria Terminal (BNST), estrutura chave na geração de ansiedade sustentada e

prolongada, podendo manter o estado ansioso por horas ou dias, além de possuir forte conexão com o eixo HPA.

Figura 1: Anxiety alone pathway

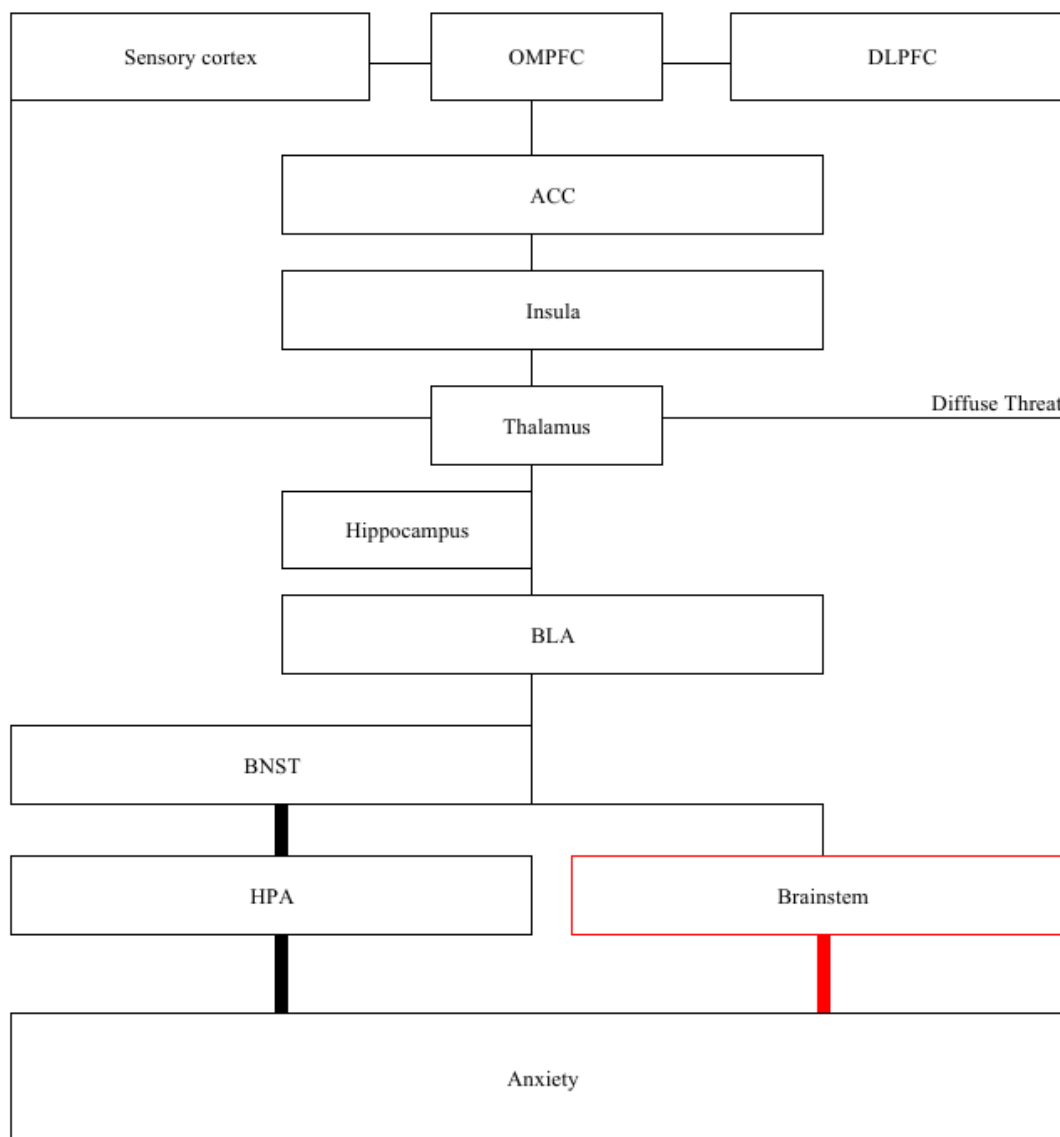


Figure 8. Anxiety alone pathway.

Fonte: Lee, 2016, p. 82

Conforme o modelo da figura 1 via de ansiedade isolada (Anxiety alone pathway), o processo inicia-se no córtex sensorial, que recebe as informações do ambiente. O córtex pré-frontal orbitomedial (OMPFC) e o córtex pré-frontal dorsolateral (DLPFC) realizam a avaliação e regulação cognitiva da ameaça. O córtex cingulado anterior (ACC) detecta conflitos e monitora a atenção emocional, enquanto a ínsula processa as sensações corporais internas (interocepção). O

tálamo atua como estação de retransmissão, especialmente para ameaças difusas. O hipocampo fornece contexto espacial e memória à situação. A amígdala basolateral (BLA) avalia o significado emocional da ameaça, integrando informações do hipocampo e tálamo. O BNST gera respostas de ansiedade sustentada. Por fim, o eixo HPA ativa a cascata hormonal com liberação de cortisol, e o tronco encefálico dispara as respostas autonômicas rápidas (taquicardia, sudorese e hipervigilância). Todo esse fluxo culmina na experiência subjetiva de ansiedade.

4. SISTEMA OCULOMOTOR

O sistema oculomotor tem como função a movimentação e o posicionamento dos olhos, sendo fundamental para a estabilização das imagens retinianas e para a integração da visão binocular. Seu funcionamento adequado depende da atuação de doze músculos extraoculares, inervados por três pares de nervos cranianos, cujas ações são moduladas por comandos voluntários e reflexos automáticos. Graças à integração desse sistema, é possível realizar movimentos oculares precisos, como os de perseguição e os movimentos sacádicos.

A eficiência do sistema oculomotor está diretamente relacionada à sua integração com os sistemas sensorial visual, vestibular e musculoesquelético. Quando ocorre comprometimento em qualquer um desses sistemas, podem surgir movimentos compensatórios, como a movimentação excessiva da cabeça e do pescoço, em substituição aos movimentos oculares adequados (Bicas, 2003). Disfunções no sistema oculomotor, decorrentes de alterações nos centros de comando, nas vias nervosas ou na musculatura ocular, resultam em desalinhamentos oculares e prejuízos à integração binocular.

O funcionamento do sistema oculomotor pode ser compreendido como uma organização em níveis funcionais: o nível sensorial, responsável pela captação das informações, o nível de integração, encarregado da interpretação dessas informações e da elaboração das respostas, e o nível motor, responsável pela execução das respostas geradas.

O nível sensorial pode ser subdividido em três sistemas principais: visual, vestibular e proprioceptivo. O sistema visual é responsável pela captação de informações relacionadas à posição, ao movimento e à nitidez do objeto observado.

O sistema vestibular fornece informações sobre o posicionamento do corpo no espaço, sendo essencial para o equilíbrio, o controle da posição da cabeça, bem como para suas inclinações e movimentos (Bicas, 2003). Já o sistema proprioceptivo é responsável pela coleta de informações referentes à posição, ao movimento e ao grau de tensão dos músculos e das articulações (Bicas, 2003). Todas essas informações são transmitidas e processadas pelo sistema nervoso central, possibilitando a coordenação adequada da motricidade ocular.

O nível de integração é dividido em três núcleos principais: centros corticais, tronco encefálico e cerebelo. Os centros corticais concentram-se no córtex frontal, occipital e parietal. O córtex frontal é responsável pelo comando dos movimentos voluntários dos olhos, enquanto os córtices occipital e parietal são fundamentais para os movimentos automáticos (Bicas, 2003), como a fixação e a perseguição visual.

O tronco encefálico desempenha funções distintas, como a integração dos comandos provenientes do córtex cerebral com os reflexos automáticos do organismo, a coordenação dos movimentos oculares conjugados e disjuntivos, além de abrigar os núcleos dos nervos cranianos III, IV e VI, responsáveis pelo controle dos movimentos oculares.

Por fim, o cerebelo é funcionalmente o principal responsável pelos ajustes finos do movimento ocular, como velocidade, harmonia e posicionamento. Além disso, atua na correção dos movimentos motores e na manutenção da estabilidade do olhar.

O nível motor, sendo a etapa final do processo do sistema oculomotor, tem como princípio a execução direta dos movimentos oculares. Ele recebe as informações processadas pelo sistema nervoso central e realiza a ativação dos movimentos musculares necessários para a movimentação dos olhos.

Esse nível é composto por doze músculos extraoculares, sendo seis para cada olho, os quais são responsáveis por todas as movimentações oculares. Quatro desses músculos são retos, reto medial, reto lateral, reto superior e reto inferior, e dois são oblíquos, oblíquo superior e oblíquo inferior. Cada músculo apresenta uma ação principal; entretanto, nenhum atua de forma isolada. Os movimentos oculares resultam sempre da ação simultânea e integrada de vários músculos.

Os músculos extraoculares são inervados por três pares de nervos cranianos. O nervo oculomotor (III) inerva a maioria dos músculos extraoculares, incluindo o reto medial, o reto superior, o reto inferior e o oblíquo inferior. O nervo troclear (IV) inerva exclusivamente o músculo oblíquo superior. Já o nervo abducente (VI) é responsável pela inervação exclusiva do músculo reto lateral.

Do ponto de vista bioquímico, o sistema oculomotor envolve mecanismos responsáveis pela regulação da excitabilidade neuronal, da transmissão sináptica e da plasticidade dos circuitos envolvidos nos movimentos oculares (Leigh, Zee, 2015). Esses mecanismos dependem da ação coordenada de neurotransmissores excitatórios e inibitórios, os quais permitem a geração, o controle temporal e o ajuste fino da atividade motora ocular.

O principal hormônio relacionado à ansiedade com impacto sobre o sistema oculomotor é o cortisol, produto final do eixo hipotálamo–hipófise–adrenal. O cortisol atravessa facilmente a barreira hematoencefálica e atua por meio de receptores glicocorticoides amplamente distribuídos no cérebro, incluindo regiões envolvidas no controle oculomotor. Em níveis elevados e sustentados, o cortisol tende a aumentar a excitabilidade neuronal e a reduzir a eficiência da inibição sináptica, o que pode comprometer a estabilidade e o controle fino dos circuitos oculomotores (Horn, Büttner-Ennever, 2008).. Dessa forma, o cortisol atua como um modulador bioquímico capaz de alterar tanto a dinâmica imediata quanto a organização funcional de longo prazo do sistema oculomotor.

Outro hormônio relevante no contexto da ansiedade é a adrenalina, produzida principalmente pela medula adrenal. Embora sua ação direta no cérebro seja limitada pela barreira hematoencefálica, a adrenalina influencia indiretamente os circuitos oculomotores por meio da ativação do sistema nervoso autônomo e da modulação da liberação de noradrenalina central (Aston-Jones & Cohen, 2005). Do ponto de vista bioquímico, esse efeito resulta no aumento do ganho sináptico e da responsividade neuronal, favorecendo estados de alta prontidão motora e sensorial que afetam a dinâmica dos movimentos oculares.

Dessa forma, os hormônios relacionados à ansiedade exercem efeitos diretos e indiretos sobre o funcionamento do sistema oculomotor, refletindo-se de maneira prática no comportamento ocular. A elevação dos níveis de cortisol tende a aumentar a excitabilidade neuronal e a reduzir a precisão do controle motor fino, o

que pode resultar em instabilidade do olhar, dificuldade na fixação visual e menor eficiência da coordenação binocular. Paralelamente, a ativação adrenérgica promove estados de hiperalerta, favorecendo movimentos oculares mais rápidos e menos controlados, como sacadas excessivas e redução da suavidade nos movimentos de perseguição.

Em conjunto, esses efeitos demonstram que o equilíbrio hormonal é determinante para a qualidade dos movimentos oculares, evidenciando que alterações neuroendócrinas podem impactar diretamente a eficiência visual e o desempenho funcional do sistema oculomotor no cotidiano.

5. SACCADES

A latência de sacadas constitui um parâmetro fundamental para a compreensão do funcionamento adequado do sistema oculomotor, sendo amplamente discutida na literatura como um indicador sensível da influência da ansiedade. Estudos como o de Judah et al. (2013) demonstram que as sacadas representam uma fonte robusta de dados para a investigação de estados ansiosos, uma vez que refletem diretamente a eficiência dos mecanismos atencionais e de controle executivo. Diversas pesquisas estabelecem associações consistentes entre o aumento da latência sacádica e níveis elevados ou prolongados de ansiedade, indicando que estados ansiosos tendem a comprometer a velocidade de iniciação dos movimentos oculares, especialmente em tarefas que exigem inibição, tomada de decisão rápida e redirecionamento atencional.

Por meio de estudos como o de Cornwell et al. (2012), observa-se que a ansiedade induzida e os contextos de ameaça podem alterar a dinâmica do processamento perceptivo e do controle oculomotor. Sob condições de ameaça, os participantes tendem a apresentar aumento da latência para iniciar movimentos antissacádicos, os quais exigem controle inibitório e regulação executiva, indicando maior dificuldade em suprimir respostas automáticas. Paralelamente, verifica-se um aumento na ocorrência de respostas pró-sacádicas durante tarefas de antissacada, caracterizando erros de controle inibitório, nos quais o olhar é direcionado automaticamente ao estímulo, em vez de ser voluntariamente deslocado na direção oposta. Esses achados evidenciam que a ansiedade favorece a facilitação de

respostas automáticas pró-sacádicas, ao mesmo tempo em que compromete os mecanismos responsáveis pelo controle fino e voluntário dos movimentos oculares.

Seguindo as evidências apresentadas em estudos conduzidos com indivíduos diagnosticados com transtorno de ansiedade social (Social Anxiety Disorder – SAD), emergem informações relevantes acerca do comportamento ocular característico desse grupo. Pesquisas que utilizam técnicas de rastreamento ocular apontam para um padrão recorrente de hipervigilância seguida de evitação: indivíduos com SAD tendem a direcionar rapidamente a atenção para estímulos emocionais negativos, porém evitam mantê-la por períodos prolongados, desviando o olhar, sobretudo, da região dos olhos (Claudino et al., 2019). Portanto evidenciando como os estímulos de ansiedade afetam a região oculomotor.

Em comparação com indivíduos do grupo controle, esses participantes apresentam menor frequência e menor duração de fixações em áreas centrais do rosto, como olhos, nariz e boca, regiões fundamentais para o reconhecimento e a interpretação das expressões emocionais, adotando estratégias de escaneamento visual distintas, caracterizadas por uma exploração menos focal e mais evasiva dos estímulos sociais (Claudino et al., 2019), demonstrando o principal ponto, sendo a diferenciação entre os indivíduos ansiosos e não ansioso.

Tais padrões de comportamento ocular mostram-se modulados pelo contexto, intensificando-se em situações de estresse social, como a expectativa de avaliação social ou a necessidade de falar em público. No entanto, grande parte dos estudos revisados utiliza estímulos faciais estáticos, o que limita a validade ecológica dos achados, uma vez que as interações sociais cotidianas envolvem expressões faciais dinâmicas e contingentes (Claudino et al., 2019). Em conjunto, os resultados indicam a presença de déficits no controle inibitório e de estratégias atencionais desadaptativas no processamento de emoções faciais em indivíduos com transtorno de ansiedade social.

6. VISÃO COMPARATIVA DOS TESTES DE SACCADDES EM INDIVÍDUOS ANSIOSOS E SEM SINTOMAS CLÍNICOS

Serão utilizados dois textos como base para essa análise comparativa. O primeiro texto é de Cornwell et al. (2012), que apresenta como base comparativa

um grupo de pessoas sem sintomas clínicos. Conforme especificado pela metodologia, o grupo de estudo foi composto por 17 participantes, sendo 10 homens e 7 mulheres, com idade média de 27 anos, variando de 22 a 34 anos. Para a análise de pessoas com ansiedade clínica, o artigo selecionado foi o de Chen et al. (2014), que utilizou 55 participantes, sendo 39 mulheres e 16 homens, divididos em dois grupos: ansiedade alta e baixa. Como parâmetro, foi utilizado o STAI-T (State-Trait Anxiety Inventory), com a divisão entre os grupos sendo feita com base em uma pontuação de 40. O grupo de ansiedade baixa contou com 29 participantes, enquanto o grupo de ansiedade alta foi composto por 26.

Ambos os testes investigaram os efeitos da ansiedade sobre o desempenho em tarefas envolvendo saccades (movimentos rápidos dos olhos), mas apresentaram diferenças significativas em suas metodologias, o que influenciou diretamente os tempos de resposta obtidos.

O primeiro estudo envolveu uma tarefa simples de saccades, na qual os participantes eram apresentados a dois contextos: ameaça e segurança. O foco da tarefa estava em medir a latência de resposta dos participantes, tanto para pro-saccades (movimentos oculares direcionados ao mesmo lado) quanto para anti-saccades (movimentos para o lado oposto). A simplicidade da tarefa, com apenas dois contextos (ameaça e segurança), resultou em tempos de resposta significativamente mais curtos. Os tempos de latência registrados foram na faixa de 1,87 ms a 4,96 ms, com um desvio padrão baixo, o que reflete uma tarefa mais direta e com menos complexidade cognitiva.

Em contraste, o segundo estudo adotou uma abordagem mais complexa. Nele, os participantes foram divididos em dois grupos com diferentes níveis de ansiedade (alta e baixa) e realizaram a tarefa de saccades com três tipos de estímulos: ameaça, positivo e neutro. Esta tarefa mais desafiadora envolveu pro-saccades e anti-saccades, mas com a adição de diferentes tipos de estímulos emocionais e com a participação de dois grupos distintos de ansiedade. Além disso, a análise de dados foi mais detalhada, considerando tanto os estímulos emocionais quanto os grupos de ansiedade. Como resultado, os tempos de resposta foram consideravelmente mais altos, com latências na faixa de 130 ms a 190 ms, refletindo a maior complexidade da tarefa e a interação entre o tipo de estímulo e o nível de ansiedade. Os desvios padrão também foram maiores, indicativo de maior variação

nas respostas dos participantes devido à tarefa mais complexa e à análise mais detalhada.

A principal diferença metodológica entre os dois testes reside na complexidade da tarefa e no número de variáveis envolvidas. O Teste 1 utilizou uma tarefa mais simples com apenas duas condições (ameaça e segurança), o que resultou em tempos de resposta rápidos e um desvio padrão mais baixo. Por outro lado, o Teste 2 envolveu três tipos de estímulos emocionais (ameaça, positivo e neutro), um número maior de participantes, e uma análise que considerou a interação entre o tipo de estímulo e os grupos de ansiedade, o que naturalmente aumentou a complexidade da tarefa e os tempos de resposta.

Portanto, a diferença no tempo de resposta entre os dois testes pode ser atribuída principalmente à complexidade das tarefas e ao número de variáveis testadas. No Teste 1, a simplicidade da tarefa refletiu em tempos de resposta mais rápidos, enquanto no Teste 2, a tarefa mais complexa e os múltiplos estímulos emocionais resultaram em tempos de resposta mais longos.

Tabela 1 – Ansiedade de Estado (Ameaça de Choque)

Tipo de Sacada	Condição	Tentativa	Latência Média (ms)	Observações
Pró-sacada (correta)	Seguro	Alternada	256 ± 33	Ameaça não alterou pró-sacadas voluntárias
Pró-sacada (correta)	Seguro	Repetida	254 ± 26	
Pró-sacada (correta)	Ameaça	Alternada	253 ± 28	
Pró-sacada (correta)	Ameaça	Repetida	249 ± 22	
Anti-sacada (correta)	Seguro	Alternada	305 ± 31	Anti-sacadas mais lentas sob ameaça
Anti-sacada (correta)	Seguro	Repetida	318 ± 36	
Anti-sacada (correta)	Ameaça	Alternada	309 ± 26	—
Anti-sacada (correta)	Ameaça	Repetida	322 ± 28	—
Pró-sacada (errônea)	Seguro	—	261 ± 35	Ameaça facilitou respostas reflexivas
Pró-sacada (errônea)	Ameaça	—	244 ± 29	

Fonte: Próprio autor, 2026.

Tabela 2 – Ansiedade de Traço e Valência Emocional

Grupo	Tipo de Sacada	Estímulo	Latência Média (ms)	Observações
Alta Ansiedade	Pró-sacada	Positivo	126.82 ± 17.61	Sem diferença significativa entre valências
Alta Ansiedade	Pró-sacada	Neutro	127.54 ± 18.11	
Alta Ansiedade	Pró-sacada	Ameaça	127.14 ± 19.42	
Alta Ansiedade	Anti-sacada	Positivo	210.92 ± 35.25	—
Alta Ansiedade	Anti-sacada	Neutro	216.19 ± 38.24	—
Alta Ansiedade	Anti-sacada	Ameaça	214.42 ± 38.15	—
Baixa Ansiedade	Pró-sacada	Positivo	136.04 ± 25.68	Mais lentos para faces positivas
Baixa Ansiedade	Pró-sacada	Neutro	133.08 ± 20.73	
Baixa Ansiedade	Pró-sacada	Ameaça	133.50 ± 22.68	
Baixa Ansiedade	Anti-sacada	Positivo	223.55 ± 40.70	—
Baixa Ansiedade	Anti-sacada	Neutro	218.44 ± 37.28	—
Baixa Ansiedade	Anti-sacada	Ameaça	216.95 ± 40.81	—

Fonte: Próprio autor, 2026.

Tabela 3 – Velocidade de Pico (Peak Velocity)

Tipo de Sacada	Grupo / Valência	Velocidade de Pico (°/s)	Observações
Pró-sacada (correta)	Geral (média)	431.13 ± 68.84	Velocidade naturalmente maior
Anti-sacada (correta)	Geral (média)	398.10 ± 79.34	Maior carga cognitiva
Anti-sacada (errônea)	Alta Ansiedade / Ameaça	341.42 ± 75.26	Redução significativa → maior esforço compensatório
Anti-sacada (errônea)	Baixa Ansiedade / Ameaça	378.27 ± 61.22	Sem dependência da valência

Fonte: Próprio autor, 2026.

A interpretação das três tabelas indica um padrão consistente entre os estudos no que se refere ao impacto da ansiedade no desempenho em tarefas de saccades. Observa-se que, de modo geral, os movimentos do tipo pro-saccade apresentam menores latências e maiores velocidades de pico quando comparados às anti-saccades, evidenciando que respostas reflexivas exigem menor carga cognitiva. Em contrapartida, as anti-saccades apresentam tempos de resposta significativamente mais elevados e redução na velocidade de pico, especialmente sob condições de maior ansiedade, seja ela induzida (Tabela 1) ou relacionada ao traço de ansiedade (Tabela 2). Além disso, nota-se que indivíduos com maior nível

de ansiedade tendem a apresentar maior comprometimento no controle inibitório, resultando em maior lentidão nas anti-saccades e, em alguns casos, maior ocorrência de respostas errôneas em pro-saccades. A Tabela 3 reforça esse padrão ao mostrar que a velocidade de pico é maior nas pro-saccades e reduzida nas anti-saccades, com diminuição mais acentuada nos grupos de alta ansiedade, sugerindo maior esforço compensatório e maior demanda cognitiva durante tarefas que exigem controle executivo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise integrada entre os fundamentos neurofisiológicos do sistema oculomotor, os modelos psicológicos da ansiedade e os achados empíricos revisados, torna-se possível afirmar que os efeitos da ansiedade sobre o comportamento ocular não se restringem a alterações periféricas ou superficiais do desempenho visual. Pelo contrário, os resultados sugerem que a ansiedade atua de forma estrutural e funcional sobre os circuitos responsáveis pelo controle dos movimentos oculares, especialmente aqueles relacionados às sacadas, ao controle inibitório e à alocação atencional.

Os dados discutidos ao longo do trabalho indicam que mesmo níveis subclínicos de ansiedade são capazes de modificar parâmetros oculomotores essenciais, como latência de resposta, precisão e velocidade de pico dos movimentos sacádicos. Essas alterações não se apresentam como fenômenos isolados, mas como manifestações diretas de uma reorganização mais ampla dos sistemas de atenção, vigilância e controle executivo, fortemente modulados por estruturas límbicas, pelo córtex pré-frontal e por mecanismos neuroendócrinos associados ao eixo hipotálamo–hipófise–adrenal.

Nesse sentido, os achados reforçam a hipótese de que a ansiedade não deve ser compreendida apenas como um estado psicológico subjetivo, mas como um processo neurobiológico capaz de interferir de maneira mensurável no funcionamento do sistema oculomotor. O padrão consistente de aumento de latência em tarefas de maior exigência cognitiva e de maior comprometimento do controle inibitório evidencia que a relação entre ansiedade e movimento ocular é mais intrínseca do que tradicionalmente pressuposto pelo senso comum.

Adicionalmente, a presença de padrões como hipervigilância, evitação visual e respostas sacádicas automáticas reforça a ideia de que a ansiedade influencia diretamente a forma como o sistema visual prioriza, filtra e executa respostas motoras diante de estímulos ambientais. Isso indica uma integração funcional profunda entre emoção, cognição e ação motora ocular, na qual o olhar não apenas reflete o estado ansioso, mas também é moldado por ele em níveis neurofisiológicos.

Por fim, conclui-se que o sistema oculomotor pode ser compreendido como um marcador sensível das alterações induzidas pela ansiedade, mesmo em populações não clínicas. Dessa forma, os resultados obtidos apontam para a necessidade de ampliação de estudos que utilizem medidas oculométricas como ferramenta de investigação dos efeitos da ansiedade, contribuindo para uma compreensão mais refinada de sua atuação como fenômeno neurocognitivo integrado, dinâmico e profundamente enraizado no funcionamento cerebral.

REFERÊNCIAS

- ASTON-JONES, Gary; COHEN, Jonathan D. An integrative theory of locus coeruleus-norepinephrine function: adaptive gain and optimal performance. *Annual Review of Neuroscience*, v. 28, p. 403–450, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.28.061604.135709>.
- BICAS, H. Oculomotricidade e seus fundamentos. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-27492003000500026>.
- BREUER, J.; FREUD, S. *Studies on hysteria*. New York: Basic Books, 1895.
- BURTON, R. *The anatomy of melancholy*. London: Penguin UK, 2019.
- CHEN, N. T. M. et al. Biased saccadic responses to emotional stimuli in anxiety: an antisaccade study. *PLoS ONE*, v. 9, n. 2, e86474, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086474>.
- CLAUDINO, R. G. E. et al. Facial expressions and eye tracking in individuals with social anxiety disorder: a systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 32, n. 1, p. 9, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0121-8>.
- CORNWELL, Brian R. et al. Anxiety: a benefit and detriment to cognition: behavioral and magnetoencephalographic evidence from a mixed-saccade task. *Brain and Cognition*, v. 78, n. 3, p. 257–267, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2012.01.002>.

EYSENCK, M. W. et al. Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion*, v. 7, n. 2, p. 336–353, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>.

HORN, Anja K. E.; BÜTTNER-ENNEVER, Jean A. Brainstem circuits controlling lid–eye coordination in monkey. In: KENNARD, Christopher; LEIGH, R. John (ed.). *Progress in Brain Research*. Amsterdam: Elsevier, 2008. v. 171, p. 87–95. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(08\)00612-2](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(08)00612-2).

JUDAH, Matthew R. et al. Attention bias modification and anxiety: the role of saccadic eye movements. *Behaviour Research and Therapy*, v. 51, n. 7, p. 408–414, 2013.

LEDOUX, J. E.; PINE, D. S. Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a two-system framework. *The American Journal of Psychiatry*, v. 173, n. 11, p. 1083–1093, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030353>.

LEIGH, R. John; ZEE, David S. *The neurology of eye movements*. 5. ed. New York: Oxford University Press, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/med/9780199969289.001.0001>.

MOWRER, O. H. A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, v. 46, n. 6, p. 553–565, 1939.

SALZMAN, C.; LEBOWITZ, B. D.; BUSCH, F. N. Serotonin, noradrenaline and anxiety disorders. In: BLOOM, F. E.; KUPFER, D. J. (ed.). *Psychopharmacology: the fourth generation of progress*. New York: Raven Press, 1995.

SILVA, Fábio Alexandre Gomes da. *Como a ansiedade modula a nossa natureza preditiva: percebendo o nosso ambiente social sob ameaça*. 2024. ProQuest Dissertations & Theses.

SKINNER, B. F. *Contingencies of reinforcement: a theoretical analysis*. New York: Meredith Corporation, 1969.

SKINNER, B. F. *Recent issues in the analysis of behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1989.

SKINNER, B. F. *Science and human behavior*. New York: Free Press, 1953.

WATSON, J. B.; RAYNER, R. Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, v. 3, n. 1, p. 1–14, 1920. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0069608>.

ENTRE A PÍLULA E O DIAGNÓSTICO: uma análise da significação da relação indivíduo-remédio, reflexões psicanalíticas

Miguel Dos Santos Carvalho
Graduando em Psicologia – Uni-FACEF
Miguelsantos3890@gmail.com

Irma Helena Ferreira Benate Bomfim
Professora Doutora, em Psicologia – Uni-FACEF
irmabenate@gmail.com.br

1. INTRODUÇÃO

O uso de entorpecentes com a intenção de aliviar o sofrimento é um comportamento comum em diversas culturas, Freud (1930), em seu livro *Mal-Estar da civilização*, aponta este como uns dos mais utilizados, pois age diretamente no corpo. Dessa forma, o autor discorre como a droga torna o sujeito incapaz de abraçar os próprios impulsos negativos, assim promovendo uma parcela de indiferença ao mundo externo.

De tal forma, a analgesia do sofrimento psíquico, através de compostos químicos, vem a se firmar como prática terapêutica em muitos os casos, tanto em forma de cultura, quanto nas práticas médicas. No artigo de Rodrigues (2003), é possível retroceder para 1952, ano em que algumas mudanças no método de tratamento de transtornos mentais vieram a ser consideradas parte da revolução “psicofarmacológica”, e com a descoberta do primeiro neuroléptico, a clorpromazina, as décadas seguintes foram marcadas por altos investimentos nas pesquisas psicofarmacológicas.

Rodrigues (2003), continua descrevendo como as psicoterapias começaram a perder espaço, em tempo que a psicofarmacologia se consolida sem rivais. Tal movimento, faz com que a resposta clínica se alie a medicação, diferenciando categorias nosológicas de forma pragmática, baseando-se na reação a fármacos específicos. Essa mudança nos sistemas classificatórios teve início com o DSM-III. (APA, 1980)

Em tempos atuais, a práxis em saúde mental, reflete os avanços nos campos da farmacoterapia, com o consumo de psicofármacos, possuindo um aumento significativo, o reflexo de tal feito, pode ser observado em pesquisas

realizadas sobre o consumo e dispensação de remédios controlados nas farmácias. Oliveira, Et al.(2021), realizou uma pesquisa regional dentro do estado de São Paulo, no qual foi observado durante 5 anos, a retirada de medicamentos de uma farmácia, os resultados apontam para um aumento, significativo, especialmente a dispensação de remédios como sertralina, clonazepam e risperidona. A revisão bibliográfica, realizada por Boni, Et al. (2021), contribui para tais resultados, sendo congruentes em ambas as pesquisas, a prevalência do sexo feminino e adultos, como principal alvo de consumo de psicofármacos, as pesquisas também confluem nos dados coletados sobre o consumo de benzodiazepínicos, como sendo os mais prevalentes.

Molck et al.(2021), pontua que o lugar que a medicação ocupa na práxis em saúde mental, sendo a priori e quase exclusivamente a principal resposta as formas de sofrimento psíquico, sendo a única prática de tratamento permanente, afirmando que somente em alguns casos, foram oferecidos grupos terapêuticos ou psicólogos, como auxiliares ao medicamento.

Nesse sentido, a prática de prescrição e dispensação de medicamentos, também favorecem a aparição de tais resultados, os autores, Nascimento e Rodrigues (2024), realizaram uma pesquisa, na tentativa de identificar, a qualidade dos receituários escritos disponibilizados pelos médicos, foram avaliadas 993 prescrições, os maiores índices de inconformidade, foram nos aspectos de data de validade das receitas e duração do tratamento.

Tais aspectos,são prejudiciais e corroboram com o número de psicofármacos dispensados, no qual essas falhas podem gerar problemas de falsificação e consumo ilegal no âmbito que diz respeito a ausência de datas, e problemas como o consumo além do necessário por um paciente, levando a gastos adicionais, desconfortos corporais e efeitos colaterais relacionados com a falta de duração dos tratamentos.

Antonelli, Pereira e Carvalho, (2023) realizaram uma análise na relação subjetiva experienciada pelos pacientes que usam os remédios psicotrópicos, identificando, aspectos frequentemente negligenciados pela lógica médica/biologicista dos transtornos mentais, os fatores identificados, são cisões da vida pessoal e social do paciente, em favor de uma prática voltada para o reequilíbrio químico do cérebro.

Cria-se então um paradoxo medicamentoso e sua relação com a cura, Jenkins(2011), em confluência com a pesquisa levantada por Antonelli, Pereira e Carvalho, (2023), citam a variantes do paradoxo “recuperação sem cura”, frases que representam a realidade existencial experienciadas por seus pacientes, a remissão de sintomas, mas sensação de ainda não ter se curado.

Neste contexto que se insere a justificativa da presente pesquisa, o consumo de medicamento psicotrópicos, ascendeu à condição de uns dos principais eixos de tratamento e mercado para saúde, a sua eficácia química e impacto fisiológico, são benefícios que não podem ser ignorados que foram consolidadas desde a revolução psicofarmacológica, contudo, os planos do sentir e existir vem sendo eclipsados em favor da intervenção puramente química, que não se mostra capaz de escutar o que reside atrás da dor existencial que o sujeito carrega, devido a isso, a necessidade de se realizar uma análise dos significados atribuídos e intermediados pelo uso do remédio psicotrópico que o sujeito possui, os quais circunscrevem seu tratamento que são indissociáveis de sua realidade pessoal e social. Busca-se o florescimento de tais aspectos em conjunto com os tratamentos já indicados, numa tentativa de buscar assistência integral do indivíduo acometido por um transtorno ou sofrimento mental.

O objetivo deste artigo é explorar a relação subjetiva provinda da administração de medicamentos e suas possíveis reverberações na vida tanto interna quanto externa do sujeito.

Para tanto foi adotado a metodologia de revisão bibliográfica crítica, utilizando-se de artigos, livros e textos científicos que versem sobre o tema em intersecção com a teoria psicanalítica.

2. A MEDICAÇÃO PSICOATIVA – SURGIMENTO E UTILIZAÇÃO

A medicação psicoativa ou psicofármacos, se firmaram como padrão no tratamento, após a revolução psicofarmacológica, segundo Whitaker (2017), em 1956 foi realizado o congresso da National Institute of Mental Health (NIHM), no qual se problematiza a eficácia dos psicotrópicos, este percurso se desenrola na criação de testes e escalas avaliativas de sintomas, para investigação dos efeitos terapêuticos dos remédios. A psiquiatria adota seu novo padrão e ideal de

tratamento e investigação, através da remissão de sintomas a curto a prazo e metrificação dos estados do sentir e sofrer

Todavia, tais aspectos não levam em consideração os efeitos da utilização dos remédios psicoativos longo prazo, e principalmente a experiência subjetiva de quem os toma, Jenkins (2011), ao refletir sobre essa questão contribui, através de sua pesquisa etnográfica, na qual propõe que a experiência de cura é paradoxal, pacientes diversos, citam que se sentem mais quietos e tranquilos, mas não se sentem verdadeiramente curados.

Tal fenômeno se dá pelo foco na sistematização do sofrimento humano e tais impasses psíquicos não cabem dentro da pílula ingerida, contudo os pacientes usuários dessas medicações se sentem capazes de trabalhar e de “funcionar” relativamente bem em sua vida, mas não se sentem curados.

Para Antonelli, Perreira e Carvalho (2023), o modelo atual de psiquiatria passa a excluir a subjetividade humano, afetos, impasses psíquicos e contextos sociais, o todo é tomado por uma parte reducionista e desubjetivante, no qual o sofrimento e o sujeito são objetos diferentes e separáveis.

Tais autores pontuam que existe uma negação de uma existência maior, que vai além do funcionamento neurológico, assim restringindo a gama de emoções e afetos e expandindo a ideia da psicopatologia, tal processo é refletido nos manuais de psiquiatria como o DSM.

Assim, o sujeito dito como inteiramente biológico, é colocado em cisão de contextos e de si mesmo, Antonelli, Perreira e Carvalho (2023), citam sobre a dualidade da discussão acerca dos medicamentos, é fato que o medicamento que proporciona alívio e evita possível internações de cunho psiquiátrico, mas é não pautado, que o medicamento surge com a oferta de algo a mais ao sujeito, ou seja, a parte que falta.

Deste modo, tais autores propõem que na linha de pensamento vigente, o medicamento é oferecido até em transtornos de gravidade média, na intenção que o próprio não chegue a piorar, assim na própria medicina, há uma descrença de que o sujeito possa expandir seus recursos psíquicos, e de tal forma não haveria motivo para que a pessoa precisasse lidar com seu sofrimento psíquico, se há meios de evitá-lo.

O sujeito alvo dos medicamentos tem a subjetividade veiculada a uma lente neuroquímica, assim seu sofrimento é causado por uma disfunção química que é corrigida, não sendo convidado e nem incentivado a pensar sobre a sua realidade.

As partes relegadas da experiência subjetiva humana se tornam à mercê da subjetividade agora comandada pelo self psicofarmacológico, assim como Jenkins (2011) e Antonelli, Perreira e Carvalho (2023), a experiência de ser alvo dos efeitos colaterais do medicamento, colocam o indivíduo em um paradoxo, da sensação de estarem bem, mas não estável, assim como também o sujeito, perde a capacidade de sentir ele mesmo.

Então, agora o sujeito passa a redigir seus excessos, dores e desejos através do medicamento, é orientado a pensar sua própria vida através de desequilíbrios e passa a ser regulado pelos medicamentos.

Tal movimento, permite o questionamento acerca dos objetivos de cura, Antonelli, Perreira e Carvalho (2023), questionam a eliminação dos sintomas depressivos e ansiogênicos, sem uma transformação subjetiva e se levaria de fato a uma melhora.

Acrescente-se ao fatalismo o empobrecimento da vida psíquica resultante dessa operação. A “cura” da depressão deveria custar o achatamento da subjetividade? Mas esse resultado não é parecido demais com a própria depressão? Não estaríamos assistindo, como bem observa Daniel Delouya, a uma tentativa de eliminação medicamentosa da dimensão propriamente psíquica, resultado de um “conluio entre a descrição psiquiátrica e a própria queixa do deprimido”? (Kehl, 2009, p.220)

Esta práxis de tratamento, denuncia a forma que a clínica psiquiatria opera, a da intervenção imediata, no qual o medicamento entra como principal forma de tratamento.

Assim, Bollas (2013), enriquece a discussão ao apontar que a ingestão de medicação sem que o sujeito desse um significado, negaria a si mesmo, a começar pela sua simbolização da experiência de seu sofrimento psíquico, ou seja, desconsiderando a sua subjetividade.

Santos (2014), realiza uma pesquisa de cunho qualitativo, no qual expõe a experiência da medicalização, assim comenta que o medicamento ajuda os pacientes a seguirem a vida, mas que por vezes ficam a par de sua existência, como

se não se sentissem eles mesmo, tal movimento evidencia que o antidepressivo não acolhe a angustia existencial do sujeito.

Todos os participantes da pesquisa, relataram acerca de violências psicológicas e físicas que sofreram antes de tomar medicamento, relatos que foram posicionados de forma descolada de uma construção histórica individual da vida, assim compreendendo que esse mal-estar foi acometido subitamente e mesmo após o seu apaziguamento o antidepressivo foi mantido para regulação emocional.

Assim, tanto Jenkins (2011) quanto Santos (2014), demonstram como a ambivalência se revelam no discurso do paciente, principalmente através de perguntas que se direcionam ao conteúdo emocional da vida do paciente. Ao serem questionados acerca de um potencial vício nos medicamentos, os participantes da pesquisa de Santos (2014), relataram que se trata de algo relativo, em certos momentos o remédio se insere como acessório que auxilia a sanar crises e angústias e em outros é o objeto que sustenta o sujeito. A pesquisa de Jenkins (2011), nos permite realizar um paralelo, na qual os participantes também relatam ambiguidades acerca da sua visão sobre o medicamento, principalmente acerca de um objeto de controle do próprio cérebro ou uma ferramenta auxiliadora.

Deste modo Santos (2014), continua ao descrever que o medicamento cria uma sombra acerca da autonomia do indivíduo, desempoderando-os da sua própria subjetividade o que conflui com a ideia proposta por Bollas(2013), acerca da medicalização em um viés cura-doença, o sujeito é desprovido de suas capacidades simbolizantes.

Tal forma, o que tange a medicalização como produto, o sujeito se torna um paciente passivo, destituído do seu protagonismo em seu tratamento, Santos (2014) descreve que o medicamento serve a uma psicopatologia, que agora rege os afetos como normais e anormais, assim propondo o questionamento “o que seria da pílula da felicidade, sem o diagnóstico psiquiátrico de depressão” (Santos, 2014 p.106)

Que contribui Ehrenberg (2004), as drogas ilícitas nos permitem fugir para irreabilidade, enquanto os psicofármacos permitem enfrentá-la, mas sem questioná-la.

Tal movimento implica um sujeito silenciado de seu próprio sofrimento, Santos (2014, p.107). argumenta que “(...) o prazer do farmacodependente quando

da neutralização do impasse, logo se transforma no apagamento da sua subjetividade.” Assim, o sofrimento que não cabe nas capsuladas ingeridas, como mostrado pelos participantes das pesquisas de Jenkins (2011) e Santos (2014), o sujeito se afasta da realidade, alocando o seu sofrimento silenciado em uma zona de conformação, para sustentar a realidade que é apresentada.

É importante destacar, Coser (2003) que cita um aspecto ignorado nos efeitos dos medicamentos, os quais os oferecem a infusão de um ego ideal, que poupa o paciente de trabalhar psiquicamente, que impede o processo do pensar de Bion (1992), assim o paciente tende a terceirizar o processo de transformação para o medicamento. Tal reflexo é percebido nos casos apresentados de Jenkins (2011) e Santos (2014), nos quais os participantes relatam sobre a dependência e como a tal experiência consigo mesmos foi alterada após a inserção do fármaco.

Damasceno et al (2019) contribui ao escrever que o discurso da psiquiatria, possui o poder de objetizar o sujeito em seu mal-estar, contribuindo para criação de uma subjetividade psicofarmacológica, o qual Bleger (1984), descreve como a necessidade do indivíduo de se sentir pertencente ao um grupo ou sociedade, ou seja o transtorno se transforma em um objeto a ser identificado e possuído pelo sujeito.

Tais ideias são congruentes com os artigos de Moreira e Coutinho (2018), que através do referencial teórico psicanalítico analisam um caso de um adolescente diagnosticado com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e retardo mental leve, vale-se ressaltar que o nome para o retardo mental leve atualmente segundo o DSM-5 TR (APA, 2023) é transtorno do desenvolvimento intelectual leve.

No caso analisado, as pesquisadoras demonstram como o participante é constantemente assujeitado a uma condição de existir e sentir pela mãe, que concomitante reproduz os dizeres e saberes da medicina psiquiátrica, principalmente ao falar sobre as capacidades do filho, tal fenômeno se válida, quando o participante começa a ter problemas de aprendizagem, assim o filho também frustrado com o seu próprio sofrimento se identifica com a posição subjetiva dada pela mãe.

De tal forma, em todos casos apresentados de Jenkins (2011), Santos (2014) e Moreira e Coutinho (2018), os participantes são assujeitados pela sua forma de sofrimento, guiado pelo discurso de medicalização da psiquiatria, o sujeito

se torna um objeto deslocado de sua própria subjetividade e existência para se tornar alvo da pílula e transtorno que é dado a ele.

É importante sublinhar que a crítica não se dá a um possível diagnóstico ou o consumo correto de medicação psiquiátrica, mas sim o fenômeno de comprimir o sofrimento e a subjetividade do sujeito presente no consultório, Damasceno et al. (2019), pontua como o remédio pode ser uma fonte de vida para alguns pacientes, principalmente facilitando a conexão transferencial entre analista e analisando.

O que fica evidente é a resposta baseada unicamente no conjunto de sinais e sintomas classificados num sistema nosológico ordenado e o empobrecimento da relação humana com o paciente. O sofrimento é tomado como estatística, opera-se o divórcio do corpo e da mente. É uma clínica baseada em evidências, cuja resposta deve ser a pronta eficácia. Não há margem para a dúvida, o não saber ou o adiamento, é a clínica da certeza. (Damasceno, et al. 2019. P.6)

3. PSICANÁLISE E PSICOFÁRMACOS

Na relação entre o sujeito e o transtorno que o acomete, a psicanálise nos convida, a examinar as relações e posições subjetivas que estão em jogo no processo de medicalização e biologização do sujeito, a mudança de paradigma no entendimento dos transtornos mentais, também respingam no indivíduo que é acometido pelo sofrimento psíquico, que agora busca uma resposta biológica para o seu problema biológico.

A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em células e tecido. Não é fácil imaginar uma contradição entre essas duas espécies de estudo, sendo um a continuação do outro (Freud, 1916/2006, p. 262).

Desde a época de Freud, se pensava como a relação da psicanálise e a psiquiatria iriam se desenrolar, todavia como mostra Alarcão (2013), esse diálogo não se desenrolou de maneira orgânica e fluida, a psiquiatria se ocupa dos fatos objetivos e concretos, a psicanálise se ocupa do desenvolvimento subjetivo do

sujeito em sua clínica, então se forma dois cerne diferentes da práxis em saúde mental, que não significam necessariamente embates teóricos e metodológicos.

Visto que a psiquiatria emprega métodos objetivos de análise para validar as suas ferramentas, e por seguinte tais ferramentas visam a melhora das condições de sofrimento mental de maneira objetiva, assim como apontado por Whitaker (2017), a psicanálise por fugir do discurso objetivo da psiquiatria, começa a ser alvo de crítica, que como completa Alarcão (2013), que críticos e debatedores da psicanálise utilizam-se do discurso que a psicanálise seria contra os avanços científicos dos medicamentos, ou que a análise como método de tratamento em saúde mental se tornaram obsoletos.

Alarcão(2013), continua ao descrever que a lógica empregada pelo senso comum do biologicismo, mostra que psicanálise não se mostra uma aliada no tratamento dos transtornos mentais, no qual a psicanálise resiste ao criticar o emprego excessivo de medicamentos e o empobrecimento simbólico dos mesmos, que por vezes se disfarçam de uma camiseta de força neuroquímica.

O sujeito que antes na clínica buscava entender o próprio sofrimento, agora pergunta quais medicamentos deve usar para tratar (Ferreira, 2011), isso condiz com a ascensão desse modo de subjetividade cerebral, assim como apontado Henriques (2012) diante de qualquer desconforto psíquico, o sujeito cerebral requisita uma panaceia para aplacar o seu sofrimento, iniciando um declínio da escuta e dos sujeitos pela via da tecnociência psicofarmacologia, tendo em vista o seu esforço em abandonar a inquietude existencial.

Que como continua Henriques (2012), a própria psicofarmacologia, começou a encerrar o processo natural da existência humana, ao prometer o fim da vulnerabilidade, da imperfeição e do mal-estar psíquico, através das pílulas que somente aliviam o sintoma

Nesta linha, Peres (2002), comenta que a relação entre o bem-estar e a droga não é algo exclusivo de nosso tempo, as drogas sempre se ocuparam de um lugar do bem-estar narcísico da autossuficiência, que serve na forma de proteção às fragilidades e incapacidades perante a vida, assim como continua a Ehrenberg (2004) mostrando que a abordagem Freudiana dos transtornos mentais e por consequência, a visão psicanalítica enfatiza o conflito e movimento interiores psíquicos, enquanto a abordagem da psiquiatria vinda de Pierre Janet, enfatiza a

insuficiência ou mudanças químicas, que se apoiam na teoria da alteração química, raramente trabalhando no contexto dos conflitos sociais e psíquicos. “Na verdade, o sujeito, as particularidades de uma vida singular contam pouco. Existe um cérebro, existe um déficit de uma substância, e a suposição de correção dessa insuficiência pelo uso da droga”. (Peres, 2002 p.5)

Peres (2002) continua ao ponderar acerca da posição da psicanálise em relação aos psicofármacos, citando que o pai da psicanálise nunca rejeitou a biologia, mas a sua própria crença na biologia, não o afastou da força e no poder da palavra, de tal forma a uma subjetividade tomada pelos psicofármacos é um caminho do predomínio do esquecimento e da artificialidade dos vínculos.

Em confluência com o artigo de Alarcão (2013), Peres (2002), o desenvolvimento da prática analítica com a psiquiatria, anda por terrenos difíceis, são práticas de cuidado que percorrem caminhos diferentes, a psicanálise prioriza o singular do dito e do conflito que se mostra na clínica, ainda ambos cite os benefícios de uma possível comunicação entre psiquiatria e a psicanálise, a devir que por vezes o medicamento pode auxiliar no decorrer da análise, mas que a Peres (2002), pontua para os analistas também escutarem a pílula que está inserida na relação.

Peres (2002), finaliza contemplando a relação entre o paciente e o remédio que surge, o medicamento inserido na lógica biologizante, ele possui o caráter de aplacador da falta, assim o próprio paciente se identifica com o processo de medicalização, a psiquiatria oferece uma solução para o seu sofrimento, que é transformado muitas vezes em falas acerca da mudança de personalidade do sujeito, agora identificado com a seu próprio sofrimento e a solução.

Mota (2017), complementa a essa discussão expondo a relação transferencial que ocorre no tratamento do enfermo, em especial que recai sobre o objeto remédio, em sua dissertação que revolve em torno da depressão, cita que um dos mais proeminentes sintomas depressivos é sensação de desesperança e desamparo, que nesse sentido, a promessa de um tratamento eficaz contribui para aliviar a sintomatologia.

Nesse mesmo discurso Mota (2017), expõe o caráter simbólico que o medicamento assume, que Jenkins (2011) e Santos (2014), demostram em suas pesquisas, a ambivalência que o remédio enquanto objeto regulador da vida pode

ocupar, os remédios são atribuídos a significados de incapacidades e dependência, como se o organismo fosse defeituoso ou disfunção neurobiológica, não se tratando somente de um químico que corrige uma disfunção, mas sim uma extensão do tratamento que é carregada de simbologias ao paciente. Balint, (2005), comenta acerca das relações inconscientes que permeiam a relação médico e paciente, e como o estabelecimento de uma confiança mútua nos processos e rituais médicos, é de extrema importância.

Através do excerto, podemos visualizar um pouco das transformações e compreensões da psicanálise acerca da medicalização, teoria que já foi amplamente utilizada para descrição e tratamento na psiquiatria, mas foi colocada de lado, ao surgir a revolução psicofarmacológica.

É importante destacar que a Psicanálise, não se coloca contra a utilização dos medicamentos, assim como pode ser visto no artigo de Mota (2017) e Peres (2002), conforme se põe em posições diferentes a da psiquiatria, no qual o analista se põe em “escutar a pílula”, o que ela diz e o que significa ao paciente, nesse processo, avaliando as qualidades do tratamento psicofarmacológico que ao paciente foi receitado.

A utilização de substâncias químicas para alívio das angústias humanas não é exclusiva da medicina, o ser humano, de forma ampla utiliza-se de drogas e ativos químicos para aliviar suas dores, sendo possível traçar um exemplo com a toxicod dependência. Winograd (2020), evidencia em seus estudos como a toxicomania está intimamente relacionada a vulnerabilidades sociais e conflitos internos do adicto, e para além disso, a introdução de um químico para o sujeito é realizado de forma social, seja pela prescrição de um médico ou por meios informais como familiares e colegas.

Com isso é possível caminhar a um modo de pensar acerca do espaço conferido as drogas e os déficits ditos corporais ao lidar com o sofrimento, Mota (2017), permite auxiliar em como o discurso psiquiátrico de déficits corporais nos leva a enxergar a pílula que se ingere como a solução do sofrimento e da angústia humana.

Assim, o fenômeno do mal-estar psíquico é perpassado pelo discurso social que o nomeia e descreve, na atualidade através do saber psiquiátrico, o DSM-V TR (APA, 2023) é reconhecido como a referência ao diagnosticar o sofrimento que

se apresenta na clínica, de tal forma, assim como cita Travaglia (2014), a psiquiatria, ao olhar o sofrimento psíquico através da lente neuroquímica, os afetos e comportamentos podem ser atravessados pela ótica da prescrição e medicalização.

Travaglia (2014), nos convida a pensar sobre as concepções de saúde que guiam os tratamentos, em especial em relação ao que é considerado bem-estar mental na atual modernidade, ausência de sintomas e patologias e, por fim, o alcance de um bem estar completo, tal ideal a ser atingido, leva a crença que a saúde seria um absoluto de harmonia psíquica, e que os desconfortos experienciados são males a serem diagnosticados e tratados. Travaglia (2014) continua ao extrair suas ideias de Freud em seus textos *Mal-Estar da Civilização* (1930) e *Além do Princípio do Prazer* (1920), para compor sua crítica a este conceito de saúde, ao pensar sobre a harmonia da saúde psíquica, Freud havia proposto isso em seu conceito de “princípio de nirvana”, no qual o sujeito opera para o manter o mais baixo possível o nível de tensão psíquica, propondo que esta seria talvez a maior prova da existência de uma possível pulsão de morte, em conjunto com tal conceito, Freud (1930) propõe uma leitura sobre o mal estar inevitável da sociedade, no qual o sujeito é atravessado tanto por seus desejos e pela cultura, e que tal incompatibilidade do discurso seria o gerador do mal-estar inerente ao indivíduo. Os conceitos de Freud permitem conjecturar acerca de tal escopo, asseverando que o custo subjetivo do processo civilizatório é o mal-estar, o que torna a condição humana indissociável de conflitos e padecimentos.

Através de tais ideias propostas pelos autores, Travaglia (2014) continua ao comentar que a definição de saúde mental, opera de forma a assujeitar o indivíduo, ao retirar do sujeito o significado de seu sintoma e reduzir a concepções bioquímicas, se põe em jogo um ideal de formatação do sujeito “doente”.

De tal forma que Travaglia (2014) descreve a categorização do sujeito pela psiquiatria, considerando que o DSM se mostra como uma taxonomia que serve ao mercado e conclui:

“Taxonomia que gera uma toxicomania, se pudermos nos valer do trocadilho, pois para cada transtorno descrito pode haver uma ou mais prescrições medicamentosas, alimentando assim o consumo de psicofármacos.” (Travaglia, 2014. P.42)

Sob esta perspectiva, Travaglia (2014), continua ao escrever que o DSM enquanto regente da nomeação do sofrimento psíquico, vem a se tornar um agente objetificador do sintoma que o sujeito carrega, ao carregar consigo sua neutralidade, se nega ao ver o que está além do imediato, de tal forma a remeter a posição de Freud em sua relação com a psiquiatria, a descrição da roupagem do sintoma, não seria o foco para a psicanálise, mas a gênese e o sujeito que o carrega.

O sintoma do sujeito biomédico, é descarregado de significado, não carrega história, discórdia e movimento, é neutro e silencioso, assim como exposto por Jenkins (2011), Santos (2014) em suas pesquisas e descrito por Minerbo (2013) em seu texto ‘Ser e Sofrer Hoje’, os discursos apresentados se mostram desprovidos de relação com a história de vida do paciente, que Travaglia permite concluir:

“Os sintomas precisam se cristalizar em signos e lidos pela operação abreviada do diagnóstico, pois quando se permitir que o paciente fale um pouco mais e o sintoma imediato se destrinche numa multiplicidade de outras faces, as nomen-claturas do DSM colapsam sobre si mesmas, pelo simples fato que mais e mais categorias podem ser aplicadas quanto mais o sujeito falar de seu sofrimento; e não há um recurso no Manual para abordar a profundidade a que a queixa remete” (Travaglia, 2014. P.43)

É desta forma que a lógica da psiquiatria neutra opera, o sintoma não pode ser uma expressão do sujeito, ou emergência de conflitos subjetivos, a necessidade de um “dicionário” de sintomas e transtornos para os psiquiatras e psicólogos foi realizada, mas um custo de recortar o sujeito em fotos que não permitem a expressão de um desenvolvimento.

Esta transformação da compreensão neutra e individual do sofrimento do sujeito respinga nas formas de identificação com o mundo, principalmente a devir da lógica neoliberal, de tal forma que o sofrimento bioquímico, que se passa de forma internalizada no organismo, reflete na busca por uma cura individual. Havendo uma separação entre o sujeito e seu sofrimento.

Tal movimento advento da sociedade contemporânea, serve para reforçar os ideais atuais em função do discurso neoliberalista, Ehrenberg (2010), argumenta acerca do posicionamento narcísico do indivíduo que se movimenta para a manutenção e melhora de si mesmo, custe o que custar, o eu-empresa, que é inserido na lógica da produtividade, assim sucumbindo a exigências performáticas do discurso atual.

Tal fenômeno, pode ser relacionado a um conceito da teoria de Winnicott (1960), acerca do falso self, mecanismo desenvolvido para proteger o verdadeiro self, nos momentos iniciais da vida, Ogden (2017), assim a figura materna que não complementa os gestos de onipotência do bebê no início da vida, gera um vácuo entre o gesto da mãe e as necessidades do lactante, que de tal forma, a psique se submetida as vontades dos ambientes e assim dando lugar a um falso self.

Conceito esse poderoso para caminhar em direção ao entendimento das patologias que afetam a constituição do eu do sujeito, Winnicott (1960), cita que tais sujeitos podem ser bem sucedidos e academicamente valorizados, mas a sensação de um vazio e um tédio existencial ainda ocupa espaço em tais sujeitos.

Segundo a perspectiva de Ehrenberg (2004), a transição da neurose para a depressão reflete a substituição do conflito psíquico pela insuficiência subjetiva. Tal fenômeno, balizado pelo discurso neoliberal, desdobra-se na passagem de uma ética do dever para uma exigência de performance, em que o sujeito não mais se conflita, mas se esgota.

Mota (2017), continua a descrever que o sujeito que sofre por estar no pêndulo entre o fracasso e a onipotência, o qual se encontra fragmentado em decorrência da falha em sua gestão de si, recorre ao medicamento e outras compulsões oferecidas pela sociedade da performance, que se insere no sujeito exigindo mais de si mesmo, com as ferramentas técnicas da atualidade.

Peres (2002) permite também contribuir, acerca do discurso de cura da medicina, a prescrição de um psicofármaco toma o holofote do tratamento, o clínico-geral e o psiquiatra, se tornam prescritores de soluções em pílulas. Movimento da medicina que Balint (2005), comenta brevemente acerca, descrevendo que o médico possui uma função apostólica em seu tratamento, em congruência com as demandas atuais. Balint (2005) continua ao descrever que tal movimento, justificaria a crescente onda de consumo de psicofármacos, apontando que no geral os pacientes se sentem organizados com seus transtornos no início da utilização da medicação.

Desta forma o discurso medicalizante vai tomando forma e atracando o corpo do sujeito, vale-se destacar que tal potência do tratamento de assujeitar o indivíduo, possui também força para vitalizar o mesmo. Visto que a postura médica e

do psicoterapeuta, tem um efeito poderoso no tratamento, assim como apontando por Mota (2017), acerca das relações transferências que ocorrem em ambos tratamentos com paciente.

Canabarro e Alves (2009), realizam um excerto acerca ao assujeitamento do indivíduo na sociedade contemporânea, que sofre influência direta do discurso biomédico, assim apontando comparações com o sujeito moderno da época de Freud que se dava por um indivíduo conflituoso e atravessado por questões culturais, e o sujeito contemporâneo percebe-se anestesiado ante a sua própria vida, de tal forma que os adventos da psicofarmacologia estão curando o ser humano de sua própria natureza. De modo que o sujeito deposita a sua liberdade, acreditando que pode realizar qualquer coisa, mas vive de forma apática e anestesiada, comentário que conflui com a ideia de Mota (2017), no que tange o pêndulo entre o fracasso total e a onipotência idealizadora.

O sujeito contemporâneo é marcado por tais dualidades, de liberdade incondicional e fracasso total, assim como apontado por Ehrenberg (2004) produzindo as patologias do ideal, que se relacionam com o eu do sujeito afetado, que se sente desvitalizado e como um fracasso. Minerbo (2013) disserta acerca da psicopatologias advindas dos traumas narcísico-identitárias, ocorrendo um processo que nomeou de depleção simbólica, com ajuda de Green (1998), na depleção simbólica, é possível observar tipos de três mecanismo utilizado para lidar com tal situação, a atuação fora ou para fora, no caso de agir através da violência para os outros ou para si através da somatizações, no seio da depleção simbólica, reside a falta de significado, não se somatiza em zonas erógenas, é o corpo biológico desprovido de qualquer sentido.

Minerbo (2013) continua, ao descrever o segundo mecanismo que é acometida pela não fixação da nutrição de um ideal de eu, ou seja o desinvestimento de energia libidinal em si próprio, ocorre aqui o que tanto Minerbo (2013) e Green (1988) nomeiam de “angustia branca”, tal termo se refere a característica de sentimento de vazio existencial, Minerbo (2013) chama atenção para as similaridades entre a depressão e a angústia branca, mas sustenta que na depressão ocorre uma desesperança no mundo e si, é perca da esperança no desejo, na angustia branca, não há desejo.

O terceiro tipo de defesa que pode ser lançada contra a depleção simbólica, é a do tipo comportamental, ou compulsória, Minerbo (2013), destaca que o sintoma age na supressão do sofrimento causada pela depleção simbólica, de tal forma, comportamento adictos que agem diretamente sobre o corpo, são exemplos dados desta forma de defesa. É interessante destacar a confluência que tal fenômeno possui com a tese de Mota (2017), que descreve como o sujeito que possui uma falha estrutural psíquica, hipervaloriza os objetos que trazem harmonia, como as drogas e comportamentos compulsórios, assim o eu e o objeto estão confundidos, ou senão ocorre a sintomatologia da angústia branca, que Mota (2017), também descreve como o vazio existencial.

Tal compreensão acerca da sintomatologia descrita por Minerbo (2013) nos auxilia a identificar as transformações subjetivas que ocorrem no sofrimento a partir da sociedade que o sujeito está inserido. O sofrimento que antes se via carregado de significado agora é anestesiado, assim como o corpo desejanse que Freud havia proposto se vê parado e entorpecido.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a revisão realizada através da literatura é possível, traçar alguns resultados, acerca dos significados atribuídos a medicação, principalmente no que tange a concepção da psicanálise e suas relações com a teoria objetal. É perceptível em um primeiro momento que o advento do remédio permitiu muitas transformações no tratamento em saúde mental, principalmente no que diz respeito as pesquisas de cunho quantitativo e aos achados científicos. O psicofármaco ocupa um lugar especial na historia da psiquiatria, sendo atribuído a descoberta da clorpromazina, o primeiro antipsicótico, tanto Whitaker (2017), e Rodrigues (2003), sublinham que a psiquiatria de cunho biológico ganha um destaque frente a outros tratamentos, o remédio enquanto capsula que possui um composto químico vem a se tornar uma forma confiável e relativamente segura de tratamento, podendo deslocar o cuidado medico e psiquiátrico dos hospitais para a residência do paciente, que agora pode realizar seu tratamento na farmácia local, reabastecendo seus remédios e sendo acompanhado através do psiquiatra. Todavia, conforme como apontado por Jenkins (2011), Santos (2014) e Ehrenberg (2004), essa mesma descoberta, é recheada de

significados inconscientes e imaginários para cada um dos pacientes que possuem uso frequente de medicamentos, assim surgindo uma nova esfera da capsula medicamentosa, que ganha um espaço especial na condição subjetiva dos pacientes.

Balint (2005) e Mota (2017), nos ajudam a complementar que através da relação subjetiva o medicamento é ofertado como cura do sujeito enquanto um todo, esfera comumente ignorada pelos psiquiatras, assim reverberando na posição subjetiva ocupada por tais pacientes frente ao seu tratamento, se conectando com o que Travaglia (2014), diz ao expor que as cadeias de significados da psiquiatria descritiva, se quebram entre si frente ao discurso do sujeito, que ao falar de seu sofrimento, inevitavelmente fala de si, e de seu contexto. Tal exposição é importante ao observar o movimento de separação do sujeito com o seu sintoma, recortando em diferentes partes, como se um não pertencesse ao outro, Jenkins (2011) e Travaglia (2014) expõe tais caracteres da medicina psiquiátrica que recorta o sujeito para ajustar o sintoma num sistema descritivo. O remédio enquanto consequência de uma possível diagnóstico, se estrutura através da nomeação do sintoma de um determinado paciente, assim se tornando por vezes uma representação física da percepção e aceitação do diagnóstico e suas possíveis reverberações na dinâmica interna do paciente.

Assim, como Balint (2005), Mota (2017) e Damasceno Et, al. (2018), pontuam que a psicanálise ainda possui muito o que contribuir a saúde mental e as discussões que envolvam os aparatos científicos de tratamento, pois ao considerar e privilegiar movimentos internos e subjetivos do paciente é capaz de alcançar discursos e saberes acerca das esferas do sentir e existir do paciente frente ao seu diagnóstico e medicação, Peres (2002), faz-se de extrema importância ao propor que devemos escutar o medicamento, que saberes e dizeres aquela medicação silencia ou evidencia, ele permite o sujeito se expressar em sua totalidade ou abafa suas questões internas em detrimento de um funcionamento social, que Ehrenberg (2010) pontua, ao descrever a sociedade contemporânea como regida pela insuficiência .

Assim a medicação, possui a potencialidade de ser tornar uma aliada poderosa no tratamento de diversas patologias, todavia é necessário advertir que esse mesmo poder que Balint (2005), explicita ao descrever que os pacientes se

sentem organizados no início do tratamento, podem vir a se tornar correntes frente ao desenvolvimento emocional e interno do sujeito, assim como apontado por Bollas(2013), que a medicação não simbolizada, obstrui o sujeito de seu próprio potencial de cura.

A psiquiatria neutra se mostra como uma das várias facetas da sociedade neoliberal, com os sujeitos deslocados de seus corpos para uma vida individual e gestão de si. É importante sublinhar que tal crítica, não adota uma postura antipsiquiatria, antes denuncia o declínio e obscurecimento da prática de escuta e produção de subjetividade, os psicotrópicos e diagnósticos, são descobertas científicas incontestáveis, e que trouxeram grandes avanços ao mundo da saúde mental, mas a desconsideração do plano dos afetos e sentidos, gera um sujeito destituído de si mesmo.

A partir do exposto, ressalta-se que objetivo foi alcançado ao apreender os conteúdos literários que versam sobre o tema, tratando-o como fenômeno multicausal que transcende efeitos químicos, como é de naturalidade de um artigo de revisão bibliográfica, uma dificuldade encontrada é de justamente, a escassez de produções e leituras que toquem o tema a partir de pesquisas de campo, e a luz do exposto, resta evidenciado que a aumento por pesquisas de cunho exploratório sejam feitas nesta temática para que seja ampliado o escopo das questões que participam do tratamento.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, Gustavo Gil. Psicanálise e uso de medicação: um ponto de vista. Revista Brasileira de Psicanálise, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 109-120, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2013000200011. Acesso em: 17 dez. 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-III: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 3. ed. Tradução de J. L. Caetano. São Paulo: Manole, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BION, Wilfred Ruprecht. Uma teoria do pensar. Jornal de Psicanálise, São Paulo, v. 25, n. 47/48, p. 185-193, 1992.

BONI, Beatriz Soto et al. The use of Psychiatric Drugs: An Integrative Review. *New Trends in Qualitative Research*, v. 8, p. 880–889, 2021.

BLEGER, J. (1984). *Psicologia da conduta* (E. Diehl, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

BOLLAS, Christopher. *Catch them before they fall: the psychoanalysis of breakdown*. London: Routledge, 2013.

CANABARRO, Rita de Cássia dos Santos; ALVES, Márcia Barcellos. Uma pílula para (não) viver. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 839-866, set. 2009.

COSER, Orlando. *Depressão: clínica, crítica e ética*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. (Coleção Loucura & Civilização).

DAMASCENO, Marcio Rocha et al. Dynamics of psychopharmaceutical use and relationship with psychoanalytic psychotherapy in the mental health interface: an integrative review. *J. Hum. Growth Dev.*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 274-283, maio 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822019000200016&lng=pt&nrm=iso. acesso em 07 jan. 2026. <https://doi.org/10.7322/jhgd.v29.9432>.

EHRENBERG, Alain. *A fadiga de ser si mesmo: depressão e sociedade*. Tradução de Clarice Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

EHRENBERG, Alain. *O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa*. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. Conferência XVI: Psicanálise e psiquiatria (1916). In: FREUD, Sigmund. *Conferências introdutórias à psicanálise (Parte III)*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 16. p. 262. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

FREUD, Sigmund. *Para além do princípio do prazer, prazer, sintomas e inibição (1920-1926)*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Obras completas, v. 14).

FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização (1930 [1929])*. In: FREUD, Sigmund. *O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos*. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 21. p. 67-148. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud).

GREEN, André. *A gênese do pensamento*. Tradução de Cláudia Berlinsky. São Paulo: Escuta, 1998.

HENRIQUES, Rogério Paes. Do sujeito do inconsciente ao sujeito cerebral: a psicanálise diante da medicalização da existência. 1. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa/FAPERJ, 2012.

JENKINS, Janis Hunter. Psychopharmaceutical self and imaginary in the social field of psychiatric treatment. In: JENKINS, Janis Hunter (ed.). Pharmaceutical self: the global shaping of experience in an age of psychopharmacology. Santa Fe: SAR Press, 2010. p. 17-40.

MINERBO, Marion. Ser e sofrer, hoje. Ide (São Paulo), São Paulo, v. 35, n. 55, p. 31-42, jan. 2013. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062013000100004. Acesso em: 05 jan. 2026.

MOLCK, Bárbara Vukomanovic; BARBOSA, Guilherme Correa; DOMINGOS, Thiago da Silva. Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 25, e200129, 2021. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/interface.200129>.

MOTA, Ilka de Oliveira. Entre psicofármacos e transferências: uma leitura psicanalítica sobre o uso de antidepressivos na contemporaneidade. 2017. 182 f. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

MOREIRA, Amanda da Silva; COUTINHO, Luciana Gageiro. Efeitos da medicalização na travessia adolescente. Revista de Psicologia, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 53-63, jan./jun. 2018.

NASCIMENTO, Sinvalda Duda do; RODRIGUES, Maria de Fátima. Análise da qualidade das prescrições de medicamentos psicotrópicos em uma farmácia central no interior de Pernambuco. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 29, n. 1, p. 72–87, 2025.

OGDEN, Thomas H. A matriz da mente: relações de objeto e a estrutura psíquica. São Paulo: Blucher, 2017.

OLIVEIRA, Júlia Raso Ferreira de et al. Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 1, e00060520, 2021.

PERES, Urania Tourinho. A psicanálise e os psicofármacos nas depressões. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 99-110, mar. 2002.

RODRIGUES, Joelson Tavares. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003.

SANTOS, Kwame Yonatan Poli dos. Uma análise dos efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos. 2014. 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Assis, 2014.

TRAVAGLIA, Aline Alves da Silva. Psicanálise e saúde mental, uma visão crítica sobre psicopatologia contemporânea e a questão dos diagnósticos. *Psicologia Revista*, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 31–49, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/20213>. Acesso em: 29 jan. 2026.

WHITAKER, Robert. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

WINNICOTT, Donald W. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self (1960). In: WINNICOTT, Donald W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução de Irineu Constantino Schloegl. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 128-145.

WINOGRAD, Monah. Toxicomanias: percurso teórico no campo da psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 816-837, dez. 2020.

O IMPACTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ: desafios e consequências a longo prazo

Isadora de Matos Tomé
Graduanda em Psicologia - Uni-FACEF
isadora.2005.matos@gmail.com

Maria Eduarda Morais Salazar
Graduanda em Psicologia - Uni-FACEF
moraisduda0105@gmail.com

Yasmin Peixoto Dias
Graduanda em Psicologia - Uni-FACEF
yasmin.peixotodias@gmail.com

Sofia Muniz Alves Gracioli
Uni-FACEF - Doutora FFCLRP-USP
sofiagracioli@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto é amplamente reconhecida como o transtorno de humor mais prevalente, manifestando-se tanto durante a gestação quanto no período pós-parto, geralmente nos primeiros 12 meses após o nascimento do bebê. Este transtorno afeta uma parcela significativa das mulheres, podendo surgir com diferentes intensidades, e tem implicações importantes para a saúde mental e o bem-estar das mães, assim como para o desenvolvimento da criança.

De acordo com estudos associados à Fundação Oswaldo Cruz realizados no ano de 2023, no Brasil, cerca de 26,3% das mulheres parturientes apresentam sintomas de depressão pós-parto. Além disso, um estudo revelado pela Fundação Britânica Parent-Infant (2023) revelou que uma em cada dez mulheres apresenta dificuldades em criar vínculos com seus bebês. As consequências da depressão pós-parto podem ser percebidas na saúde da mãe e podendo se estender no desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo da criança na infância e adolescência.

A depressão pós-parto é um transtorno de alta relevância na área da saúde mental materna, pois impacta não apenas o bem-estar das mães, mas também o desenvolvimento infantil e a qualidade da relação mãe-bebê. Estudos

indicam que a presença desse transtorno pode comprometer a interação responsiva da mãe com seu filho, resultando em prejuízos no vínculo afetivo e na segurança emocional da criança. Diante desse contexto, compreender os desafios e as consequências dessa condição torna-se essencial para desenvolver estratégias de prevenção e intervenção que promovam a saúde mental materna e o bem-estar infantil.

Este estudo se justifica pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os efeitos da depressão pós-parto na relação mãe-bebê e suas consequências para o desenvolvimento infantil. Além disso, a investigação contribuirá para a ampliação do conhecimento científico na área, possibilitando a formulação de estratégias eficazes de apoio e intervenção para mães e crianças afetadas por essa condição.

Nesse sentido, o presente trabalho teve como objetivo investigar os impactos da depressão pós-parto na relação entre mãe e bebê, bem como os desafios e consequências para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança ao longo da vida. Além disso, buscou compreender os fatores de risco, os mecanismos de enfrentamento e a importância do apoio psicológico e familiar nesse processo.

Para tanto, adotou-se a metodologia de revisão bibliográfica crítica, utilizando-se de artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso e sites que dissertam sobre o tema estudado.

2. RELAÇÃO MÃE-BEBÊ: A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO

A devoção materna pode ser compreendida como uma entrega sensível, constante e ativa às necessidades do bebê, especialmente nos primeiros momentos da vida. Segundo Winnicott, 1952 (apud Monteiro, 2023, p.24) “A palavra devoção significa uma adaptação sensível e ativa às necessidades de sua criança; necessidades que no início são absolutas”, dessa forma, essa devoção é essencial, porque o bebê, ao nascer, é completamente dependente de cuidados, com necessidades a serem atendidas imediatamente e de modo consistente para que se sinta seguro e comece a se desenvolver.

O nascimento não representa uma separação completa e imediata entre mãe e bebê, mas sim uma continuidade da dependência que existia no útero, portanto agora esses cuidados são por outros meios, sendo físicos, emocionais e afetivos. (Guimarães, 2002)

Sabemos que logo ao nascer, a criança precisa de cuidados intensos e, de proteção e gratificação, devido à sua condição de desamparo mental e biológico, quase como um prolongamento do estado anterior, porém fora do útero. A mãe que originalmente satisfaz todas as necessidades do feto através de seu corpo, continua a fazê-lo após o seu nascimento, embora parcialmente por outros meios (Brenner, 1975).

De acordo com Freud (1976), o recém-nascido, que inicialmente está centrado em si mesmo, começa a direcionar seu interesse para outra pessoa, a mãe, a partir do prazer que recebe dela. Esse processo marca o início do investimento afetivo no outro (libido objetal) e as experiências de dependência e medo da perda acompanham o indivíduo ao longo de toda a vida.

Com isso, a construção do vínculo afetivo entre mãe e bebê é, portanto, um processo dinâmico e contínuo, que se estabelece por meio da sensibilidade materna em reconhecer e responder às manifestações emocionais e físicas da criança (Sousa; Ribeiro, 2007).

Esse vínculo inicial é o alicerce para o desenvolvimento do sentimento de segurança básica, que, segundo Erik Erikson (1996), constitui a primeira tarefa psíquica do ser humano. Dessa forma, quando o bebê percebe que suas necessidades são compreendidas e atendidas com empatia, ele começa a construir a confiança no outro e no mundo ao seu redor (Sousa; Ribeiro, 2007).

Winnicott (1956/2000) reforça essa compreensão ao introduzir o conceito de “ambiente suficientemente bom”, no qual a mãe, ao proporcionar uma presença estável, acolhedora e responsiva, oferece ao bebê uma continuidade de ser. Essa continuidade é interrompida quando o cuidado falha de forma crônica, o que pode ocasionar sentimentos de desintegração e angústia precoce no bebê. Assim, o vínculo materno-afetivo não apenas favorece o bem-estar imediato, mas também estrutura a base do desenvolvimento emocional e da personalidade.

Além do ponto de vista psicanalítico, estudos da psicologia do desenvolvimento e da neurociência afetiva revelam que o vínculo mãe-bebê influencia diretamente a formação de áreas cerebrais responsáveis por processos

como empatia, regulação emocional e linguagem (Feldman, 2005). As interações positivas e consistentes promovem a maturação saudável do cérebro infantil, enquanto a ausência de responsividade ou a exposição a cuidados inconsistentes está associada a alterações neurofisiológicas e aumento de risco para transtornos psíquicos no futuro (Feldman, 2015).

Outro aspecto relevante está no papel do corpo na comunicação entre mãe e bebê. O contato pele a pele, a amamentação, o olhar e o tom da voz são meios primários de expressão afetiva que promovem a regulação emocional e a sensação de pertencimento (Montaignac; Cavalcanti, 2006). Essas formas de interação não verbal são tão importantes quanto as verbais, pois transmitem segurança, conforto e acolhimento de forma imediata e instintiva (Montaignac; Cavalcanti, 2006).

Além disso, a construção do vínculo não ocorre de maneira isolada, mas é influenciada por uma série de fatores contextuais, como o suporte familiar, as condições socioeconômicas, a presença do parceiro, o histórico psicológico da mãe e a existência de redes de apoio (Piccinini et al., 2008). Mães que contam com um ambiente social favorável tendem a apresentar maior disponibilidade emocional para responder às demandas do bebê, favorecendo uma vinculação mais segura e estável (Piccinini et al., 2008).

Dessa forma, o vínculo mãe-bebê constitui a base de toda a constituição subjetiva da criança e tem impacto direto sobre sua capacidade de amar, confiar, interagir e aprender. Intervenções precoces que promovam a qualidade desse vínculo, sobretudo em contextos de vulnerabilidade emocional como a depressão pós-parto, são fundamentais para assegurar o desenvolvimento saudável do bebê e o bem-estar da mãe. (Sousa; Ribeiro, 2007; Maciel & Rosemburg, 2006).

De acordo com os autores acima, fica evidente que o vínculo mãe-bebê vai muito além de uma conexão afetiva superficial. Trata-se de uma base essencial para o desenvolvimento emocional, relacional e cognitivo da criança, sendo moldado por aspectos psíquicos, biológicos e contextuais. Quando esse vínculo é construído com sensibilidade, presença e consistência, ele oferece à criança uma sensação de segurança interna que a acompanhará ao longo da vida. Por isso, compreender e valorizar essa relação é fundamental, especialmente nos primeiros

meses, quando o bebê é mais vulnerável e totalmente dependente dos cuidados da mãe.

3. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: COMO ACARRETA NA VIDA DA MULHER DESDE A GESTAÇÃO ATÉ O PUERPÉRIO E NA RELAÇÃO MÃE E FILHO

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental que pode afetar mulheres após o nascimento do bebê, geralmente nas primeiras semanas ou meses (Beck, 2001).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2024), entre 10% e 20% das mulheres desenvolvem esse quadro, cujos sintomas vão além do "*baby blues*" e podem durar meses, afetando profundamente a mãe, o bebê e a família.

Um dos aspectos mais delicados da depressão pós-parto é sua influência na relação mãe-bebê. A interação afetiva nos primeiros meses é essencial para o desenvolvimento emocional e social da criança (Bowlby, 1969).

No entanto, mães com depressão pós-parto (DPP) podem ter dificuldades em criar esse vínculo de forma saudável (Field, 2010).

A falta de suporte e a sobrecarga de responsabilidades agravam o quadro, criando um ciclo difícil de romper (Beck, 2002).

Por isso, o diagnóstico precoce e o apoio psicológico e familiar são fundamentais (Dennis; Chung-Lee, 2006).

A série de televisão 9-1-1 (2018), criada por Ryan Murphy, Brad Falchuk e Tim Minear, ilustra bem esse cenário com a personagem Maddie Buckley. Após o nascimento de sua filha, Jee-Yun, Maddie apresenta sinais de DPP: exaustão, sensação de inadequação, distanciamento emocional e desesperança. Incapaz de cuidar da bebê, ela decide deixá-la com o pai, Chimney, para buscar tratamento.

Essa separação dolorosa mostra a importância de reconhecer a depressão pós-parto (DPP) como uma condição séria, que exige acolhimento, apoio profissional e tempo. Maddie representa muitas mulheres que vivem esse sofrimento em silêncio e reforça a necessidade de não romantizar a maternidade a ponto de ignorar a saúde mental materna.

Abordando como a gravidez acontece na vida da mulher:

A gravidez é um evento singular e marcante na vida da mulher, provocando alterações psicológicas, hormonais e físicas que preparam o organismo

materno para gerar o novo ser. São modificações complexas e individuais, que variam entre as mulheres e podem propiciar medos, dúvidas, angústias ou simplesmente a curiosidade de saber o que está acontecendo com seu corpo (Piccinini et al., 2008).

De acordo com os autores acima, embora o período gestacional seja normalmente um período de alegria, as variações hormonais, as transformações no corpo e as preocupações com o futuro podem causar ansiedade, medo e até sintomas depressivos em algumas mulheres (Cunha et al., 2012). Quando não identificados ou tratados, esses sintomas podem evoluir para uma depressão na gestação. Portanto, é de grande importância o acompanhamento psicológico durante a gestação para prevenir a depressão pós-parto (Cunha *et al.*, 2012).

Quando uma mãe está passando por um quadro depressivo, ela pode ter mais dificuldade em oferecer atenção, carinho e cuidado na medida que o bebê precisa. Isso não acontece por falta de amor, mas porque a dor emocional limita suas forças (Beck, 2001). Esse distanciamento pode acabar impactando o desenvolvimento emocional do bebê, que ainda está formando suas primeiras percepções do mundo e aprendendo a se sentir seguro nele, pois é nesse período que o bebê começa a construir suas relações interpessoais (Stern, 1997). De acordo com Zardinello e Koch (2021, p.4) “A depressão pós-parto afeta a qualidade da interação mãe-bebê, especialmente no que se refere ao prejuízo na responsividade materna”. Essa afirmação reforça como a presença emocional e a responsividade da mãe são cruciais para o bebê desenvolver uma sensação de segurança básica. A ausência desse cuidado responsivo pode impactar diretamente a construção do apego e a formação do self infantil. A figura materna, nesse contexto, representa segurança, conforto e proteção, sendo, portanto, essencial para a formação de um apego seguro (Bowlby, 1969). A qualidade dessa interação inicial é um dos principais fatores que influenciam o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança ao longo da vida (Feldman, 2015).

Entretanto, quando a mãe enfrenta a depressão pós-parto, esse processo de vinculação pode ser comprometido, os sintomas podem interferir diretamente na capacidade da mãe de atender às necessidades do filho com sensibilidade e consistência. Muitas vezes, a mãe deprimida se mostra distante, menos responsiva ou até indiferente ao choro ou às expressões do bebê, o que pode

gerar insegurança e dificultar o desenvolvimento de um vínculo afetivo saudável entre ambos (Field, 2010).

Segundo Tronick, Reck e Messer (2005), a responsividade emocional dessas mães geralmente é reduzida, manifestando-se em menos expressões faciais positivas, vocalizações dirigidas ao bebê e toques carinhosos. Como consequência, o bebê também diminui suas tentativas de interação, o que prejudica a construção de um vínculo afetivo seguro e recíproco.

Portanto, pode-se concluir que a depressão pós-parto é uma condição complexa, que vai além de um mero transtorno emocional passageiro. Reconhecer os sinais da DPP, oferecer acolhimento, promover suporte familiar e garantir o acesso ao cuidado psicológico são ações urgentes e indispensáveis.

4. VÍNCULO INTERROMPIDO: OS EFEITOS DURADOUROS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA QUALIDADE DO APEGO MÃE-BEBÊ

A maternidade é vista por alguns autores como um período muito marcante para a mãe, visto que desde o final da gestação a mãe apresenta um estado de maior sensibilidade, o que permite à genitora uma maior conexão com o próprio filho (Donelli; Lopes, 2013).

Desde o final da gestação, a mãe passa a apresentar uma condição especial, chamada por Winnicott (1956/2000) de preocupação materna primária. Nesse estado, a mulher se apresenta regredida e fragilizada e sua sensibilidade fica aumentada, o que permite sua identificação com o bebê. Essa forma de empatia materna é extremamente sofisticada e importante no período inicial de desenvolvimento, permitindo que a mãe, que já foi bebê, se reconecte com as vivências emocionais primitivas do seu filho recém-nascido. Assim, o nascimento de um filho remete a mulher ao seu próprio nascimento (Donelli, Caron & Lopes, 2012 apud Donelli; Lopes, 2013).

De acordo com Winnicott (1956/2000), o estado psíquico da mãe durante o final da gestação e o início do puerpério não é uma simples fragilidade momentânea, mas se trata de um período de regressão necessário ao cuidado. Essa condição favorece uma empatia profunda, quase instintiva, com o bebê, permitindo que a mãe construa o vínculo materno (Winnicott, 1956/2000).

Portanto, fica em evidência que esse estado regressivo e fragilizado da mãe representa uma adaptação psíquica essencial para o desenvolvimento da criança (Winnicott, 1956/2000).

A puérpera que enfrenta a depressão pós-parto, ao contrário da mãe que vive a experiência de forma ativa com um envolvimento total, pode apresentar sintomas de retraimento, com uma certa necessidade de isolamento (Nonacs; Cohen, 1998).

Após o nascimento do filho, a mãe enfrenta aspectos regressivos que, quando se somam aos sentimentos de fracassos advindos do transtorno, faz com que a genitora entre em um estado de carência e de dependência, com uma sensação de estar apenas a serviço da criança, criando como que uma competição com o filho de forma a pensar que está perdendo sua vida pessoal (O'Hara, Neunaber; Zezski, 1984; Nonacs; Cohen, 1998).

Desde o final da gestação, a mãe passa a apresentar uma condição especial, chamada por Winnicott (1956/2000) de preocupação materna primária. Nesse estado, a mulher se apresenta regredida e fragilizada e sua sensibilidade fica aumentada, o que permite sua identificação com o bebê. Essa forma de empatia materna é extremamente sofisticada e importante no período inicial de desenvolvimento, permitindo que a mãe, que já foi bebê, se reconecte com as vivências emocionais primitivas do seu filho recém-nascido. Assim, o nascimento de um filho remete a mulher ao seu próprio nascimento (Donelli, Caron; Lopes, 2012 apud Donelli; Lopes, 2013).

A depressão pós-parto (DPP) tem sido objeto de diversas pesquisas devido ao seu impacto tanto na saúde mental materna quanto na qualidade da interação mãe-bebê. Estudos recentes apontam que entre 10% e 20% das mães desenvolvem DPP, sendo que muitos desses casos não são diagnosticados nem tratados adequadamente (O'Hara; McCabe, 2013). Quando não identificada precocemente, a DPP pode se estender por meses ou até anos, prejudicando de maneira significativa o vínculo afetivo e a qualidade da presença emocional da mãe junto ao bebê (Murray et al., 2011).

A ausência dessa presença emocional, essencial nos primeiros meses de vida, compromete a formação de um apego seguro, como descrito por Bowlby (1969), e fragiliza a capacidade do bebê de desenvolver confiança básica, autorregulação emocional e sentimentos de segurança diante do mundo. A mãe deprimida pode ter dificuldades em interpretar os sinais do bebê, responder com

sensibilidade e manter uma rotina afetiva estável, o que provoca quebras na continuidade emocional da relação, tão valorizada por Winnicott (1987).

Feldman (2015), ao estudar a sincronia entre mães e bebês, aponta que interações afetuosas, constantes e responsivas estimulam o desenvolvimento de circuitos neurais relacionados à empatia, linguagem e regulação emocional. A falta dessa sincronia, frequentemente presente nos casos de depressão materna, é associada a atrasos no desenvolvimento e a um maior risco de problemas emocionais na infância e adolescência. Assim, a ausência de um ambiente suficientemente bom, como conceituado por Winnicott (1965/1990) não apenas compromete o momento presente, mas reverbera de forma prolongada sobre a constituição subjetiva do bebê (Donelli; Lopes, 2013).

Murray et al. (2011) destacam que os efeitos da depressão pós-parto não se limitam ao período neonatal. Crianças que cresceram com mães que apresentaram DPP demonstraram, em estudos longitudinais, maiores dificuldades de aprendizagem, de regulação afetiva e de socialização ao longo da infância. Tais impactos são especialmente agravados quando a depressão é prolongada ou ocorre em contextos de baixo suporte social, histórico de traumas prévios ou presença de múltiplas adversidades psicossociais.

Nesse cenário, é fundamental considerar que o sofrimento psíquico da mãe não pode ser visto como um fenômeno isolado, mas sim como algo que repercute na dinâmica relacional precoce e nas condições de desenvolvimento do bebê (Donelli; Lopes, 2013).

Dessa forma, a depressão pós-parto não compromete apenas o bem-estar materno, mas pode interromper o processo de formação do vínculo afetivo, tão crucial nos primeiros anos de vida (Bowlby, 1969; O'Hara & McCabe, 2013).

Com isso, o investimento em políticas públicas, serviços de saúde sensíveis à subjetividade materna e formação de profissionais capacitados torna-se urgente para que o cuidado com a mãe seja, também, uma forma de cuidar do bebê (Donelli; Lopes, 2013).

As consequências da depressão pós-parto vão além da saúde materna e têm impactos profundos e duradouros no desenvolvimento infantil. Um dos principais efeitos ocorre no vínculo afetivo entre mãe e bebê, essencial para a formação de um apego seguro (Bowlby, 1969).

Quando esse vínculo é fragilizado por conta da ausência de interação afetiva consistente como menos contato visual, toque, acolhimento e respostas ao choro a criança pode crescer com uma sensação de insegurança em relação ao ambiente e às pessoas ao seu redor. Essa insegurança emocional interfere na construção da autoestima, da confiança e da regulação das emoções (Feldman, 2015; Murray et al., 2011).

Além do aspecto emocional, o desenvolvimento cognitivo também pode ser prejudicado. Crianças de mães com DPP podem apresentar atraso na linguagem, menor capacidade de atenção e dificuldades de aprendizagem, pois as interações iniciais são fundamentais para a estimulação do cérebro em desenvolvimento (Schmidt, Piccoloto; Muller, 2005). A falta de estímulo responsivo, ou seja, de um ambiente que reaja de forma sensível e atenta às necessidades da criança reduz as oportunidades de aprendizado e exploração, limitando a aquisição de habilidades sociais e cognitivas.

Portanto, os efeitos da depressão pós-parto no desenvolvimento da criança são amplos e complexos, e demandam atenção multiprofissional desde os primeiros sinais do transtorno (O'Hara; McCabe, 2013)

A intervenção precoce, tanto para a mãe quanto para o bebê, pode diminuir essas consequências e promover um desenvolvimento mais saudável (Murray et al., 2011).

No contexto da depressão pós-parto (DPP), as marcas deixadas na mãe podem ser compreendidas como consequências emocionais, cognitivas, comportamentais e relacionais que, muitas vezes, permanecem mesmo após o término da fase aguda do transtorno (Donelli; Lopes, 2013).

Em termos emocionais, é comum que a mãe experimente sentimentos persistentes de culpa e insuficiência materna, expressos em pensamentos como “não fui uma boa mãe” ou “falhei com meu bebê” (Beck, 2002).

A ansiedade crônica também pode se manter presente, mesmo após a melhora do quadro depressivo, assim como o medo de engravidar novamente por receio de reviver a experiência traumática (Beck, 2002).

Cognitivamente, a mãe pode passar por alterações em sua autoimagem, começando a se ver como alguém fraca ou doente. Além disso, são

frequentes distorções cognitivas relacionadas à maternidade, como a idealização excessiva do papel materno e a autocrítica severa (Beck, 2002).

Essa visão distorcida pode contribuir para o desenvolvimento de uma autoestima fragilizada, especialmente quando a mãe sente que não consegue corresponder às expectativas que impõe a si mesma ou que percebe vindo do meio social.

No aspecto comportamental, a DPP pode deixar marcas como a evitação de novas experiências relacionadas à maternidade — por exemplo, a decisão de não ter mais filhos ou o afastamento de outras mães (Donelli; Lopes, 2013).

Também é comum o isolamento social, com a mãe se retraindo de redes de apoio, amigos e familiares. Mesmo após o período crítico da depressão, muitas mulheres enfrentam dificuldade em retomar rotinas saudáveis (Beck, 2002).

Do ponto de vista relacional, pode haver comprometimento no vínculo com o bebê, o que pode impactar a qualidade da interação entre mãe e filho ao longo do tempo (Murray et al., 2011).

A mãe também pode encontrar dificuldades em confiar em si mesma e nos outros para o cuidado com a criança, o que pode gerar tensão nos relacionamentos próximos. Em alguns casos, surgem conflitos conjugais ou familiares decorrentes da sobrecarga emocional e da falta de compreensão por parte do parceiro ou familiares (Beck, 2002).

Contudo, é importante considerar as marcas psicopatológicas, que incluem uma maior vulnerabilidade a recaídas depressivas em momentos futuros da vida, como durante a TPM, menopausa ou em novas gestações. Além disso, há um risco aumentado para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade ou depressão persistente (Beck, 2002).

É fundamental destacar que nem todas as mães desenvolverão essas marcas da mesma forma ou com a mesma intensidade. A presença de uma rede de apoio sólida, o acesso à psicoterapia, o tratamento precoce e a psicoeducação são fatores que podem reduzir significativamente os impactos da DPP a longo prazo (Dennis; Chung-Lee, 2006; O'Hara; McCabe, 2013).

Por fim, é possível compreender que a depressão pós-parto representa um risco significativo à construção de um vínculo seguro entre mãe e bebê, podendo

comprometer o desenvolvimento saudável da criança em múltiplas esferas. Por isso, é fundamental que a sociedade, os profissionais da saúde e as redes de apoio estejam atentos não apenas ao bem-estar físico da mãe, mas principalmente às suas vivências emocionais nesse período tão delicado. Reconhecer os sinais precoces da depressão, acolher sem julgamento e oferecer suporte contínuo pode ser decisivo para restaurar a conexão entre mãe e filho, promovendo um ambiente afetivo mais seguro e propício ao crescimento emocional de ambos.

5. METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se como uma **revisão bibliográfica**, uma vez que se fundamentou na análise de artigos científicos, livros, dissertações e outras produções acadêmicas sobre o tema da depressão pós-parto. A abordagem adotada foi qualitativa, pois buscou interpretar e compreender de forma crítica os sentidos e implicações atribuídos à relação entre mãe e bebê diante da presença da depressão materna. O estudo teve como objetivo investigar os impactos da depressão pós-parto na qualidade do vínculo afetivo, bem como compreender os desafios e consequências dessa condição para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança, além de discutir os fatores de risco, estratégias de enfrentamento e a relevância do apoio psicológico e familiar nesse processo.

5.1 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Franca –SP, foi enviado um link do google forms por whatsapp para 5 mulheres.

5.2 Participantes

Participaram da pesquisa mães que vivenciaram a depressão pós-parto, convidadas a responder ao questionário e, em um dos casos, a conceder uma entrevista semiestruturada.

No total, foram obtidas respostas de cinco mães por meio do questionário, além de uma entrevista individual em profundidade com uma participante de 50 anos, casada, residente em Franca-SP, de classe média e que

estava inserida no mercado de trabalho no período em que vivenciou a depressão pós-parto.

As participantes relataram experiências diversas relacionadas à gestação, ao parto, aos primeiros sinais da DPP, às formas de enfrentamento, ao apoio recebido e às consequências emocionais e relacionais da condição. As diferentes histórias permitiram compreender, de modo qualitativo, como a depressão pós-parto pode se manifestar em diferentes contextos pessoais, sociais e familiares, enriquecendo a análise do fenômeno.

5.3 Instrumento

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi composto por um questionário e uma entrevista semiestruturada elaborados a partir do tema central da pesquisa: *“O impacto da depressão pós-parto na relação mãe-bebê: desafios e consequências a longo prazo”*.

O questionário continha questões fechadas e perguntas abertas, que buscavam compreender aspectos da gestação, do parto, dos primeiros sinais da depressão pós-parto, da percepção de apoio recebido, do processo de tratamento e recuperação, além de conselhos e mensagens às futuras mães.

A entrevista, por sua vez, foi aplicada a uma mãe que vivenciou a depressão pós-parto, permitindo um aprofundamento qualitativo da experiência individual. Foram abordados tópicos como: vivências da gestação e do parto, dificuldades emocionais no período pós-parto, percepção dos primeiros sintomas, sentimento de culpa e vergonha, apoio recebido, tratamento realizado, tempo de recuperação e reflexões posteriores sobre a experiência.

Tanto o questionário quanto a entrevista tiveram como objetivo levantar percepções pessoais sobre a depressão pós-parto, seus impactos no vínculo mãe-bebê e os fatores que contribuíram para o enfrentamento da condição, possibilitando a análise crítica das diferentes realidades vivenciadas pelas participantes.

5.4 Procedimento da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas complementares. Na primeira, foi aplicado um questionário online elaborado pelas pesquisadoras, que

continha questões fechadas e abertas sobre a experiência da depressão pós-parto. O link foi disponibilizado às participantes, possibilitando que elas respondessem de forma voluntária e anônima.

Na segunda etapa, foi realizada uma entrevista semiestruturada em profundidade com uma mãe que vivenciou a DPP, a fim de explorar de maneira mais detalhada as vivências pessoais relacionadas à gestação, parto, sintomas, apoio recebido, tratamento e processo de recuperação.

Esse formato de coleta foi escolhido por possibilitar tanto uma visão ampla das percepções de diferentes mães, por meio do questionário, quanto uma abordagem aprofundada de uma experiência individual, através da entrevista.

5.5 Processamento de análise dos dados

Os dados obtidos por meio do questionário e da entrevista foram analisados a partir de uma abordagem qualitativa, utilizando a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016).

As respostas foram organizadas em eixos temáticos que possibilitaram a interpretação crítica das falas das participantes. Entre os principais eixos analisados destacaram-se:

a) vivências da gestação e do parto (questões 1, 2 e 4); b) antecedente de transtornos emocionais (questão 3); c) primeiros sinais e sintomas (questão 5); d) familiaridade com o conteúdo (questão 6); e) sentimentos associados (questão 7); f) apoio recebido (questão 8); g) tratamento e estratégias de enfrentamento (questões 9 e 10); h) percepções sobre recuperação e aprendizados (questões 11, 12, 13, 14 e 15).

A partir dessa categorização, foi possível identificar padrões comuns entre as respostas, mas também singularidades em cada relato, permitindo compreender de forma crítica como a depressão pós-parto repercute na vida das mães e na qualidade da relação com seus bebês.

5.6 Considerações éticas

Este estudo envolveu a aplicação de um questionário com participantes voluntários. Embora não tenha sido submetido a um Comitê de Ética, foram adotadas

medidas para garantir o anonimato e a confidencialidade das respostas, bem como a participação voluntária, com possibilidade de desistência a qualquer momento. Todos os procedimentos seguiram princípios éticos básicos da pesquisa científica, respeitando a dignidade e privacidade dos participantes.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Os dados obtidos por meio do questionário e da entrevista evidenciam que a depressão pós-parto (DPP) manifesta-se de maneira multifatorial e impacta diretamente a forma como a mãe vivencia a gestação, o parto e, sobretudo, o vínculo estabelecido com o bebê. As experiências relatadas pelas participantes reforçam elementos amplamente discutidos pela literatura, que apontam tanto fatores biológicos quanto psicossociais como influentes no surgimento e na manutenção dos sintomas depressivos.

Em relação à gestação e ao parto, observou-se que situações estressoras ou vivências traumáticas atuaram como desencadeadores importantes da vulnerabilidade emocional materna. Esse achado dialoga com Harvey (2002), que descreve que fatores biológicos, psicológicos e ambientais aumentam o risco para a DPP, e com Schwengber e Piccinini (2003), que apontam que experiências negativas no parto intensificam a probabilidade de sofrimento emocional no puerpério. Além disso, o relato de frustração e conflitos emocionais durante a gestação confirma a discussão de Ávila (1999) sobre a idealização da maternidade, que frequentemente resulta em esgotamento e sentimentos de inadequação quando a experiência real não corresponde às expectativas socialmente construídas.

No que diz respeito aos antecedentes emocionais, embora nem todas as participantes apresentassem histórico prévio de transtornos, a literatura demonstra que a ausência desse histórico não exclui o risco de DPP. Frizzo e Piccinini (2005) salientam que alterações hormonais, demandas sociais e mudanças na rotina podem

ser suficientes para desencadear o quadro, o que se alinha ao perfil observado em parte das mães participantes.

Os primeiros sinais e sintomas relatados, apatia, desconexão com o bebê, dificuldade de reconhecer necessidades do recém-nascido e sentimentos de

estranhamento, são compatíveis com o que Harvey (2002) destaca como dificuldade de identificação precoce dos sintomas, especialmente quando há falta de informação adequada sobre a DPP. A ausência de conhecimento prévio sobre o transtorno também foi evidente nos relatos, o que reforça o apontamento de Ávila (1999) a respeito da cultura que romantiza a maternidade e dificulta que mulheres reconheçam que estão adoecendo.

Os sentimentos de culpa e vergonha, amplamente presentes nas respostas, reforçam o que Harvey (2002) descreve como percepção de incapacidade materna, frequentemente internalizada pelas mulheres que vivenciam a DPP. Esses sentimentos são também intensificados por expectativas sociais irreais, como descrito por Ávila (1999). A consequência desse processo emocional pode comprometer o vínculo afetivo inicial entre mãe e bebê, conforme argumentam Mazet e Stoleru (1990, apud Schwengber & Piccinini, 2003), que relacionam insegurança e apatia a dificuldades na formação desse vínculo.

O apoio recebido mostrou-se um fator crucial para a recuperação. As respostas revelaram que mães com suporte emocional mais consistente, especialmente do parceiro, relataram melhor enfrentamento dos sintomas. Esse aspecto está alinhado com Frizzo e Piccinini (2005), que destacam o papel fundamental da rede de apoio no processo de recuperação emocional no pós-parto.

Quanto ao tratamento, observou-se que a busca por ajuda profissional, quando presente, foi determinante para a melhora gradual do quadro, mesmo que algumas participantes tenham demorado a identificar a necessidade de acompanhamento. Field, Healy e Guthertz (1990, apud Schwengber & Piccinini, 2003) enfatizam que a psicoterapia e o suporte emocional adequado são essenciais no processo de superação da DPP, o que se confirma nos relatos analisados.

Por fim, as percepções sobre recuperação evidenciaram que, apesar da tristeza associada ao período vivido, muitas mães reconheceram a importância de ter recebido acolhimento e informação. Golse (2002) ressalta que validar o sofrimento e oferecer suporte são passos fundamentais para restaurar o vínculo mãe-bebê. Da mesma forma, Cattaneo et al. (1998) reforçam a necessidade de práticas de acolhimento e orientação no puerpério, permitindo que mães compreendam que a DPP é uma condição séria, porém tratável.

Assim, a análise dos dados revela que a depressão pós-parto é atravessada por fatores emocionais, sociais e culturais que influenciam diretamente a relação mãe-bebê e o bem-estar materno. Ao mesmo tempo, destaca-se a importância de informação, apoio adequado e acesso a tratamento como elementos essenciais para minimizar seus impactos e favorecer a retomada de um vínculo saudável.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse sentido, o presente trabalho teve como objetivo investigar os impactos da depressão pós-parto na relação entre mãe e bebê, bem como os desafios e consequências para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança ao longo da vida. Além disso, buscou compreender os fatores de risco, os mecanismos de enfrentamento e a importância do apoio psicológico e familiar nesse processo.

Percebe-se que, quando a depressão pós-parto não é cuidada, ela pode gerar muitos desafios, como dificuldade no vínculo com o bebê, insegurança, atrasos no desenvolvimento e muito sofrimento tanto para a mãe quanto para a criança. Além disso, pode afetar toda a família, trazendo sobrecarga, desgaste e sentimento de culpa e solidão.

Por outro lado, quando há acolhimento, tratamento e apoio, os benefícios são enormes. A mãe se sente mais forte, o vínculo com o bebê se fortalece e a criança cresce mais segura, amada e confiante. Cuidar da saúde mental da mãe é, sem dúvida, cuidar de toda a família.

Ao longo deste trabalho, foi possível entender como a depressão pós-parto afeta não só a mãe, mas também o bebê e toda a família. Fica claro que esse não é apenas um momento de tristeza passageira, mas um problema sério, que precisa ser olhado com mais atenção e cuidado.

Quando a mãe passa por esse sofrimento, ela pode ter dificuldade em criar um vínculo afetivo com seu bebê, o que acaba influenciando no desenvolvimento emocional, social e até cognitivo da criança. Por isso, é muito importante que haja apoio, acolhimento e tratamento adequado para que tanto a mãe quanto o bebê possam passar por esse período de forma mais saudável.

Também foi possível perceber o quanto é essencial falar mais sobre esse assunto, quebrando tabus e trazendo informações que ajudem outras pessoas a entenderem que pedir ajuda não é sinal de fraqueza, mas sim de cuidado consigo mesma e com quem se ama.

Falar sobre depressão pós-parto é, acima de tudo, cuidar de mães, bebês e famílias. Por isso, é fundamental que futuras pesquisas continuem ampliando esse olhar, trazendo não só dados, mas também mais empatia e compreensão sobre os desafios que envolvem essa fase tão delicada da vida.

Nesse sentido, é importante que estudos futuros acompanhem, ao longo do tempo, os efeitos que a depressão pós-parto pode ter não só na infância, mas também na adolescência e até na vida adulta dos filhos, entendendo como as experiências desse início de vida impactam o desenvolvimento emocional, social e cognitivo.

Também é necessário olhar para as diferentes formas de família, investigando como a depressão pós-parto se manifesta em contextos diversos, como em famílias com pais solos, casais homoafetivos ou avós que assumem o papel de cuidadores. Cada realidade traz desafios únicos que merecem ser acolhidos e compreendidos.

Outro caminho importante para futuras pesquisas é compreender como o suporte social e as políticas públicas podem fazer a diferença na vida dessas mães. O acesso a uma rede de apoio, serviços de saúde mental e acolhimento pode transformar realidades, reduzir sofrimentos e fortalecer vínculos.

Além disso, olhar para o papel do pai ou de quem exerce a função de cuidador secundário também se faz essencial. Sua participação ativa pode aliviar a sobrecarga materna, fortalecer o vínculo com o bebê e promover um desenvolvimento mais saudável e seguro para toda a família.

Que essas reflexões não fiquem restritas ao meio acadêmico, mas cheguem também às famílias, profissionais da saúde e à sociedade, para que possamos, juntos, construir um caminho mais leve, amoroso e acolhedor para mães e seus bebês.

REFERÊNCIAS

BOWLBY, John. **Apego e perda**: apego. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1969.

BRENNER, Charles. **O desenvolvimento da criança**: uma introdução à psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

CUNHA, Gabriela Rodrigues et al. **Aspectos emocionais da gravidez**: uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 65, n. 2, p. 257-263, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5BDQNP3F4Bd3L3Zx>. Acesso em: 09 maio 2025.

DONELLI, Tagma Marina Schneider; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. **Descortinando a vivência emocional do parto através do Método Bick**. Psico-USF, Itatiba, v. 18, p. 289-298, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/tsH5mBfLHNsr796RVSFYspP/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 09 maio 2025.

FELDMAN, Ruth. **Sensitive periods in human social development**: new insights from research on oxytocin, synchrony, and high-risk parenting. Development and Psychopathology, v. 27, n. 2, p. 369–395, 2015.

FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GUIMARÃES, Cíntia Alves Sanches. **A relação mãe-bebê**: uma visão winnicottiana. 2002. 143 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

MACIEL, Rubens de Aguiar; ROSEMBURG, Coronélio Pedroso. **A relação mãe-bebê e a estruturação da personalidade**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 96-112, maio/ago. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200009>. Acesso em: 25 maio 2025.

MURRAY, Lynne et al. **The impact of postnatal depression on child development**. In: WOLKE, Dieter et al. (Ed.). The Impact of Maternal Mental Illness on Children. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. p. 60-80.

NONACS, Catherine; COHEN, Lee S. **Postpartum mood disorders**: diagnosis and treatment guidelines. Journal of Clinical Psychiatry, v. 59, p. 34-40, 1998.

O'HARA, Michael W.; MCCABE, Joan E. **Postpartum depression**: current status and future directions. Annual Review of Clinical Psychology, v. 9, p. 379–407, 2013.

O'HARA, Michael W.; NEUNABER, David J.; ZEZOski, Dale S. **Prospective study of postpartum depression**: prevalence, course, and predictive factors. Journal of Abnormal Psychology, v. 93, n. 2, p. 158-171, 1984.

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; DE NARDI, T.; LOPES, R. S. **Gestação e a constituição da maternidade.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

SCHMIDT, Eluisa B.; PICCOLOTO, Neri M.; MULLER, Marisa C. **Depressão pós-parto:** fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. Psico-USF, São Francisco, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/6HnH84JM9TGFP77hwwnD>. Acesso em: 09 maio 2025.

SOUSA, Renata C. de; RIBEIRO, Vera I. P. **Considerações acerca da relação mãe-bebê.** Revista Mal-Estar e Subjetividade, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 521-546, 2007.

TRONICK, E.; RECK, C.; MESSER, D. **The effects of postpartum depression on mother–infant interaction and infant development.** Psychopathology, v. 38, n. 3, p. 189–190, 2005.

WINNICOTT, Donald W. **Da pediatria à psicanálise:** obras escolhidas. Tradução de Álvaro Cabral. 7. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

WINNICOTT, Donald W. **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução de Irineu Franco Perpetuo. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DEMÊNCIAS NA TERCEIRA IDADE: como a prática de atividades físicas pode retardar seu desenvolvimento

Beatriz Ewbank Barbosa
Graduanda em Psicologia Uni-FACEF
biaewbankbarbosa@gmail.com

Sofia Coimbra Vieira
Graduanda em Psicologia Uni-FACEF
sofscovi@gmail.com

Sofia Meneghetti Vergani
Graduanda em Psicologia Uni-FACEF
sofiavergani123@gmail.com

Stella Ruiz Paludetto de Castro
Graduanda em Psicologia Uni-FACEF
paludettost@gmail.com

Sofia Muniz Alves Gracioli
Professora Uni-FACEF- Doutora FFCLRP-USP
sofiagracioli@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Marcada por significativas mudanças, a velhice é um acontecimento já predestinado no ciclo da vida de qualquer indivíduo. No decorrer dos anos, o idoso perde algumas das capacidades adquiridas ao longo da vida, como a de realizar atividades fundamentais e instrumentais, além do comprometimento cognitivo leve (CCL), mas essa perda de funções pode ser normal e considerada um envelhecimento senescente ou prejudicial, envelhecimento por senilidade, o qual pode gerar deficiências no sistema cognitivo.

A prática de atividades físicas ultrapassa benefícios estéticos e musculares, apresentando impactos significativos sobre a saúde física e cognitiva. Praticada ao longo da vida e contínua na terceira idade, traz a autonomia e liberdade na realização de tarefas cotidianas, melhora o processamento de informações e pode atrasar o aparecimento das demências senis, trazendo ao indivíduo um envelhecimento bem-sucedido.

O crescente aumento de casos de demências na terceira idade no Brasil e no mundo leva ao interesse da busca de prevenção ou redução de danos,

visando a qualidade de vida da população idosa. Dessa forma, faz-se relevante o presente trabalho por discutir os benefícios que uma vida ativa pode gerar para o envelhecimento autônomo dos idosos, garantindo a qualidade de vida física e cognitiva.

Portanto, o objetivo do trabalho é realizar uma revisão dos resultados de uma vida ativa, a fim de garantir um envelhecimento saudável e autônomo, além da preservação da saúde cognitiva por meio da realização de atividades físicas ao decorrer da vida.

Para isso, foi adotada a metodologia de revisão crítica da literatura a qual utilizou de artigos, livros de fisiologia humana e artigos científicos.

2. FISIOPATOLOGIA DA DEMÊNCIA E ENVELHECIMENTO

Entende-se como fisiopatologia o estudo das funções fisiológicas durante uma doença e das modificações dessas funções que levam a chegada de determinada patologia. Para as demências pode ser considerada como um comprometimento da memória associado a perdas de outras funções cognitivas como linguagem, interação social e capacidades instrumentais e funcionais (Ramos; Stein; Castro Filho; et al, 2009).

O envelhecimento pode levar a alterações da função cognitiva, sendo na memória as mais evidentes. A memória é uma função do SNC, responsável pela aquisição, o armazenamento e a evocação de informações. A aquisição é também denominada aprendizado. O neurotransmissor excitatório mais importante é o glutamato, para o qual existem diversos tipos de receptores, sendo o principal o ácido gama-aminobutírico (GABA) (Cançado; Alanis; Horta, 2016, p.247).

O Sistema Nervoso Central (SNC), se desenvolve ao longo dos anos de vida desde sua formação no feto embrionário e seu desenvolvimento leva a formação de diversas células nervosas, essas que ao longo do envelhecimento, por fatores intrínsecos como genética e metabolismo, e fatores extrínsecos como o ambiente, sedentarismo e tabagismo, estão sujeitas a danos, além de que, pontuam os fatores intrínsecos do envelhecimento menos prejudiciais em relação aos fatores extrínsecos (Cançado; Alanis; Horta, 2016).

Segundo Nitrini e Caramelli (2003), as demências podem seguir duas classificações, sendo elas: com comprometimento da estrutura do SNC e as sem

comprometimento do SNC. As demências sem comprometimento estrutural têm origens toxico metabólicas, são decorrentes de doenças sistêmicas ou decorrente a ação de drogas no SNC, já as com comprometimento na estrutura do SNC seguem duas classificações sendo elas primária, uma síndrome demencial que gera o comprometimento cognitivo e comportamental; e secundária, derivadas de casos clínicos como infecções, tumores ou doenças cerebrovasculares.

Mudanças cognitivas no envelhecimento, queixas de declínio de memória, são sintomas muito frequentes no relato de pessoas entre os 60 e 70 anos e, às vezes, mesmo em indivíduos mais jovens. Segundo o senso comum, o esquecimento é uma característica da velhice, sendo parte inexorável e inevitável do processo de envelhecimento. Embora exista um fundo de verdade nessas crenças, nem todo esquecimento é normal ou inevitável nos idosos, principalmente naqueles de boa saúde física e mental (Cançado; Alanis; Horta, 2016, p.247).

Durante o processo de envelhecimento, os neurotransmissores ligados às funções cognitivas de memória e atenção perdem suas funções. A memória em sua função básica é aprendida através de sentidos e experiências ao longo dos anos, e sua perda é denominada amnésia, que pode ser retrógrada e anterógrada. A amnésia anterógrada, impede que novos dados sejam adquiridos independente da de sua importância, já a amnésia retrógrada o indivíduo se lembra dos fatos que aconteceram em certo período além de se lembrar de fatos antigos, por meio de evocação, ou seja, é necessário um estímulo para que certa memória seja acessada novamente, essa está associada em idosos normais ao início da doença de Alzheimer (Cançado; Alanis; Horta, 2016).

A fisiologia da demência está ligada diretamente as modificações biológicas do Sistema Nervoso, especificamente o Sistema Nervoso Central, já que o mesmo está ligado a relação de sensações, movimentos e funções psíquicas e pela vida vegetativa, as funções biológicas internas. De forma que as alterações sejam degenerativas, visto que as células nervosas não possuem possibilidade de se reproduzirem, mesmo que estudos tenham apontado a neurogênese como um processo de criação de novas células nervosas, o processo de envelhecimento não deixa de afetá-las (Cançado; Alanis; Horta, 2016).

Para Cunha (2016), o envelhecimento sofre de alterações biológicas, com bases celulares e alterações ambientais, como o estilo de vida que era levado por determinado indivíduo até chegar a terceira idade. Por ser um processo normal

na linha da vida de qualquer indivíduo, o envelhecimento pode ser um processo saudável, senescência, o qual todas as funções cognitivas, pessoais e sociais são preservadas e ainda pode ser dividido em satisfatório ou usual, o qual tem prejuízos, mas tem capacidade de melhorar, retardar as perdas funcionais. Ou pode ser um processo de senilidade, o qual os prejuízos as funções sem mais intensivos ainda ocorrendo danos ao SNC, gerando o déficit cognitivo (Manfrim; Schmidt, 2016)

O envelhecer normal está ligado à capacidade de adaptação do indivíduo aos rigores e às agressões do meio ambiente. Assim, cada sujeito envelhece a seu modo, dependendo de variáveis como o sexo, origem, lugar em que vive, tamanho da família, aptidões para a vida e as experiências vivenciadas. A exposição ao estresse ou ao tabagismo, a falta de exercícios ou a nutrição inadequada são outros fatores que contribuem para determinar a qualidade do envelhecimento (Ciosak; Braz; Costa et al, 2011).

O estudo do presente capítulo, visa entender algumas das alterações morfológicas e quais delas levam a fisiologia de uma demência na terceira idade ainda que discutidos como o envelhecimento se difere em cada indivíduo. De forma que se entende a maturação do cérebro e o desenvolvimento do SNC como principais fisiopatologia associada a demência e que não existe apenas uma vertente de cada explicação, visando que cada indivíduo possui sua individualidade baseado em suas experiências de vida pessoais, além dos fatores genéticos que o acompanham.

3. QUALIDADE DE VIDA INFLUENCIADA PELA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

Sob a perspectiva demográfica a população idosa cresce a cada dia mais. No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população idosa cresceu em média de 50% desde o último Censo realizado em 2010. Tal dado levanta o questionamento a partir da qualidade de vida desse grupo e o que tem sido feito durante a vida para que no futuro tenha-se uma melhor qualidade de vida?

Segundo Kristiane e Renan (2005), a prática de exercícios físicos promove a proteção da capacidade de realizar as atividades funcionais do cotidiano em todas as idades, mas principalmente em idosos. Ou seja, trazem a autonomia

para que o indivíduo consiga realizar suas demandas sozinho, sem demandar do auxílio de um terceiro.

A qualidade de vida (QV) abrange o bem-estar físico, social, psicológico e espiritual. O bem-estar físico é determinado pela atividade funcional, força ou fadiga, sono e descanso, dor e outros sintomas. O bem-estar social tem a ver com papéis e relacionamentos, afeto e intimidade, aparência, entretenimento, isolamento, trabalho, situação econômica e sofrimento familiar. O bem-estar psicológico está relacionado com medo, ansiedade, depressão, cognição e angústia gerada pela doença e tratamento. Finalmente o bem-estar espiritual abrange o significado da doença, a esperança, transcendência, incerteza, religiosidade e força interior (Vinaccia; Orozco, 2005, p.127)

Entende-se então que a qualidade de vida, que será adquirida ao longo da vida depende dos fatores pessoais e fatores externos vivenciados por cada indivíduo. Sendo um deles, o bem-estar físico resultado de uma vida ativa. Segundo Gonçalves; Tomaz e Sangoi, a atividade física está relacionada a prevenção de doenças, a manutenção do corpo, melhoria das relações sociais visto que existe grande convivência em grupo com pessoas da mesma idade durante a prática da atividade.

Dessa forma, o presente capítulo agrupou autores que comprove os benefícios da prática de atividades físicas para a realização de atividades do dia a dia em todas as idades, mas que possuem uma maior influência no futuro, visto que trazem a autonomia do idoso.

4. FATORES BIOQUÍMICOS INFLUENCIADOS PELO EXERCÍCIO FÍSICO

O envelhecimento como sendo um evento já marcado na vida de cada indivíduo, pode ser bem-sucedido ou não, levando as pessoas a adotarem estilos de vida mais saudáveis com dietas proteicas, vitaminas e nutrientes, atividades físicas, não tabagismo, uso moderado de álcool entre outros, na busca de uma vida tardia menos comprometida. Porém, dentre o envelhecimento existem estruturas cognitivas envolvidas, que são afetadas ao longo do tempo independente do estilo de vida do indivíduo, essas que apontam estudos podem ser beneficiadas por tratamentos não farmacológicos.

Dentre as estruturas comprometidas está o hipocampo, localizado no lobo temporal, que é responsável por atividades de memória, aprendizado, ação e audição (Cançado; Alanis; Horta, 2016).

Além de que, o aparecimento de doenças degenerativas para o cérebro, pode ser influenciado pela prática de atividades físicas, pois o mecanismo de ação das atividades está diretamente relacionado a plasticidade sináptica, ou seja, contribuem para saúde física quanto para funções cerebrais (Gonçalves; Tomaz; Sangoi, 2005).

O exercício físico pode interferir na *performance* cognitiva por diversos motivos: a) em função do aumento nos níveis dos neurotransmissores e por mudanças em estruturas cerebrais (isso seria evidenciado na comparação de indivíduos fisicamente ativos x sedentários); b) pela melhora cognitiva observada em indivíduos com prejuízo mental (baseado na comparação com indivíduos saudáveis); c) na melhora limitada obtida por indivíduos idosos, em função de uma menor flexibilidade mental/atencional quando comparado com um grupo jovem (Antunes; et.al, 2006).

Durante o envelhecimento, a plasticidade das estruturas neurais é afetada devido à baixa do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), visto que esse refere-se à habilidade do Sistema Nervoso em alterar suas estruturas e funções a depender do ambiente, fatores patológicos, desenvolvimento e aprendizagem (Pacheco, 2009).

Manter a saúde e a plasticidade do cérebro ao longo da vida é um objetivo importante de saúde pública, e é cada vez mais claro que a estimulação comportamental e o exercício podem ajudar-nos a alcançá-lo. Tal intervenção é particularmente crucial a partir da meia-idade, quando o cérebro enfrenta uma série de desafios que podem incluir a patogênese de doenças neurodegenerativas como a doença de Alzheimer (DA) (Cotman; Berchtold, 2002).

Entende-se então que a prática de atividades físicas auxilia na manutenção e preservação das estruturas neurológicas, principalmente aprendizagem e memória (Gonçalves; Tomaz; Sangoi, 2005). O exercício conduz a mudanças no nível de muitas cópias de genes muitos dos quais ligados à atividade neuronal, estrutura sináptica e plasticidade neuronal atuando assim na facilitação do aprendizado e desempenho da memória (Thong; et al, 2001).

Estudos realizados, a fim de encontrar medidas de prevenção das estruturas cognitivas trazem a relação da liberação de hormônios na prática das atividades físicas, visto que a sua realização traz uma alta liberação de neurotransmissores, esses que atuam na manutenção das funções cognitivas dos idosos (Gonçalves; et.al, 2023).

A atividade endócrina da contração das fibras musculares faz que sejam liberados mioquinas na corrente sanguínea, essas que trazem efeitos

positivos na função cognitiva e auxiliando na plasticidade do cérebro, podendo então retardar ou inibir o aparecimento das demências. Uma das mioquinas liberadas é a irisina, um hormônio capaz de transformar o tecido adiposo branco em marrom, o que aumenta a termogênese e o consumo adiposo desse tecido, mas não se limita a essa função, sendo também capaz de proteger o hipocampo. (Baltokoski; Accardo, 2021).

A irisina possui destaque dentre as mioquinas, tendo sua liberação induzida pelo exercício físico após a clivagem da fibronectina do tipo III. Tal hormônio é capaz de proteger o hipocampo, região relacionada ao aprendizado e à memória, ao estimular a expressão de fatores neurotróficos, como o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) (Gonçalves; et.al, 2023).

Os efeitos benéficos do exercício físico no cérebro abrangem o aumento no volume do fluxo sanguíneo do hipocampo, além de que o exercício físico é um dos poucos estímulos conhecidos para que essa neurogênese aconteça visto que ele leva a diminuição da neuroinflamação; reduzindo assim o risco das desordens neurológicas (Gonçalves; et.al, 2023).

O exercício físico estimula a liberação de irisina do músculo. O aumento induzido pelo exercício da liberação de FNDC5/irisina da periferia resulta no aumento de FNDC5/ irisina nos neurônios, bem como no aumento da produção de BDNF no neurônio (Gonçalves; et.al, 2023).

A liberação do hormônio da irisina também é responsável pelo aumento da produção do fator neurotrófico do cérebro (BDNF) esse considerado um importante regulador da plasticidade cerebral.

O exercício físico, principalmente o de resistência, promove efeitos positivos da saúde do cérebro e na sua função cognitiva, sendo considerado uma estratégia para o atraso no desenvolvimento das doenças degenerativas (Baltokoski; Accardo, 2021).

A prática constante dos mesmos, a Irisina pode ser capaz de gerar benefícios para a função cognitiva protegendo o cérebro contra a degeneração e aumentando a expressão do fator neurotrófico do cérebro, atribuindo melhoria na habilidade de aprendizado, memória bem como no processo de envelhecimento (Silva; et.al).

Dessa forma, o presente capítulo dialogou com estudos e pesquisas realizadas que trazem os reais efeitos das práticas de atividades físicas, sendo eles benéficos para a saúde e preservação das atividades cerebrais a fim de garantir o envelhecimento senil aos indivíduos. Além disso, traz a relação das áreas do cérebro

que são beneficiadas como o hipocampo, uma região do cérebro envolvida na memória e aprendizagem que a partir da liberação do hormônio da irisina pode retardar e até mesmo inibir o aparecimento das doenças degenerativas.

5. METODOLOGIA

Esse trabalho é uma pesquisa descritiva (Gil, 2002, p.42) e, utiliza-se da abordagem qualitativa para a análise dos dados e se justifica uma vez que se identificado relação entre a prática de atividades físicas e o atraso no aparecimento das demências senis, atividades e a promoção de saúde podem ser efetuadas, a fim de garantir a qualidade de vida da futura população idosa.

5.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Franca-SP de forma digital e teve como foco idosos a partir de 70 anos.

5.3 Participantes

Participaram da pesquisa idosos a partir de 70 anos alfabetizados, trabalhadores e aposentados. A população esperada era de no mínimo 10 idosos, mas apenas 8 aderiram a pesquisa e responderam ao questionário.

5.4 Instrumento

O material utilizado para a coleta de dados foi um questionário, elaborado pela autora do trabalho, com perguntas especificadas para o tema da pesquisa. O questionário é composto por 14 perguntas sendo 9 fechadas e 5 abertas que buscam investigar: a) identidade e ocupação; b) hábitos de vida; c) conhecimento sobre qualidade de vida e seus benefícios e d) se possui distorção cognitiva atual. Para cada um dos temas investigados foi aplicada uma sequência de perguntas para coletar as respostas sobre o assunto. As questões 1, 2, 3, 4 e 5 fazem referência a identificação e ocupação; já as questões 7, 8, 9 e 10 buscam analisar os hábitos de vida; as questões 6, 13 e 14 dialogam com o conhecimento de

qualidade de vida e seus benefícios pelo sujeito da pesquisa e por fim a questão 11 que se refere a saúde do sujeito.

5.5 Procedimento de coleta de dados

Após o projeto ter sido aprovado pelo comitê de Ética do Centro Universitário Municipal de Franca Uni-Facef, o questionário para pesquisa foi desenvolvido e foi encaminhado de forma digital pela plataforma Google Forms como ferramenta de interação para amigos e conhecidos que poderiam mediar o contato entre a pesquisadora e os idosos sujeito da pesquisa, no questionário foi implementado também o termo de consentimento livre e esclarecido. O método de coleta de dados foi escolhido pela praticidade de chegar até os sujeitos objetos da pesquisa. A realização da coleta de dados aconteceu em duas etapas:

- a) Encaminhamento do questionário de forma on-line para amigos e conhecidos que tem contato com a população idosa
- b) Devolutiva dos questionários respondidos e os termos de consentimento livre e esclarecido aceitos.

5.6 Processamento de análise dos dados

O questionário foi cotado, as questões abertas foram transcritas na íntegra, sendo assim será utilizada a abordagem qualitativa. A análise das respostas dadas pelos idosos nos questionários respondidos foram analisadas de acordo com a separação proposta pelo instrumento sobre as temáticas abordadas pelas questões, assim sendo a) identidade e ocupação (questões 1, 2, 3, 4 e 5); b) hábitos de vida (questões 7, 8, 9, 10 e 11); c) conhecimento sobre qualidade de vida e seus benefícios (questões 6, 13 e 14) e d) se possui distorção cognitiva atual (questão 12).

5.7 Considerações éticas

A pesquisa passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Franca – Uni-Facef. Todos os cuidados éticos foram respeitados para preservar a identidade dos participantes. Ressalta-se que os idosos a partir de

70 anos sujeitos da pesquisa foram informados sobre o projeto de pesquisa: os objetivos e a atividade que foi realizada, procedimento, duração, ausência de ônus para a participação, possibilidade de desistência em qualquer momento e a garantia do sigilo das informações fornecidas, em caso de divulgação científica dos dados analisados. Depois de elucidadas todas as dúvidas, com o aceite, elas assinaram um Termo de Consentimento Informado (Apêndice B), autorizando a própria participação na pesquisa.

Como riscos, a pesquisa pode suscitar incômodos internos às participantes por se tratar de questões pessoais a respeito de seus hábitos e saúde pessoal e para tanto estes foram esclarecidos no Termo de Consentimento Informado (Apêndice B).

6. ANÁLISE DE DADOS

A análise das respostas submetidas pelos idosos no questionário respondido foram analisadas de acordo com a separação proposta no instrumento sobre as temáticas de cada questão, sendo respectivamente a) identidade e ocupação (questões 1, 2, 3, 4 e 5); b) hábitos de vida (questões 7, 8, 9 e 10); c) conhecimento sobre qualidade de vida e seus benefícios (questões 6, 11, 13 e 14) e d) se possui distorção cognitiva atual (questão 12).

6.1 Resultado e discussão

6.1.1 Identidade e ocupação

A categoria exposta refere-se as respostas das questões 1, 2, 3, 4 e 5.

As respostas obtidas no questionário para a pergunta 1 (Qual seu gênero?) gerou uma porcentagem de 75% de mulheres e 25% de homens, o que pode trazer a hipótese de mulheres se interessem mais pelo tema de saúde e bem-estar. A forma como os indivíduos percebem seu corpo e algumas alterações está vinculada a características e sensibilidade corporal de cada gênero em questão masculino e feminino (Victora; Knauth, 2004).

As outras perguntas presentes na categoria de identidade e ocupação, referindo a idade foi variável entre 73 anos até 86 anos, sendo o esperado dentre a

delimitação imposta para a aplicação da pesquisa; já relacionando os gráficos 3 e 4, 87,5% dos idosos que foram entrevistados não exercem nenhuma função de trabalho remunerado e fazem relação com as respostas representadas pelo Gráfico 4 “aposentada”, “não” e “dona de casa”. Outra resposta que foi concebida no gráfico 3 de 12,5% das respostas do questionário dizem que permanecem trabalhando, relacionando com as respostas do gráfico 4 de “despachante” e “trabalho só em casa”.

Por fim, a questão 5 busca identificar o status de relacionamento de cada indivíduo da pesquisa, sendo então a maioria (75%) casados e a minoria (25%) solteiros.

6.1.2 Hábitos de vida

A categoria exposta refere-se a resposta das questões 7, 8, 9 e 10.

As respostas obtidas pelo questionário para a questão 7 (O(a) senhor(a) tem o hábito de boa alimentação?) busca relacionar outros fatores com a qualidade de vida além da atividade física, neste caso a alimentação saudável. O processo de envelhecimento trás alterações nas estruturas anatômicas e funcionais de saúde, em especial a nutrição do idoso (Moreira; et.al, 2018).

Dentre os fatores que contribuem para o envelhecimento saudável estão os comportamentos de saúde. Entende-se por comportamentos de saúde o conjunto de bons hábitos que incluem a prática de exercícios físicos, alimentação balanceada, sono regular e atividades sociais que gerem satisfação e motivação com a vida (Lempke; et.al., 2018, p.776).

A partir da análise do Gráfico 7, as respostas concebidas para a questão apresentam que 50% dos entrevistados seguem o hábito de boa alimentação na maioria das vezes. E que nenhum dos entrevistados respondeu que não se importa com sua alimentação, ou seja, a amostra da população idosa que foi entrevistada está atenta aos seus hábitos alimentares em função do envelhecimento saudável.

A questão 8 (O(a) senhor(a) é tabagista ou convive com alguém que seja tabagista?) também se relaciona com hábitos de vida que interferem para um processo de envelhecimento normal e saudável. Os resultados obtidos presentes no Gráfico 8, representa que a amostra de idosos entrevistados em 75% não é

tabagista nem convive com alguém que seja tabagista, por outro lado os 25% entrevistados não são tabagistas, mas convivem com alguém que seja.

Segundo Tavares (2017), em pesquisas realizadas com idosos os próprios entendem como um envelhecimento saudável a adoção de hábitos e comportamentos inerentes ao estilo de vida como alimentação saudável, atividade física e não ser tabagista.

Além disso, os idosos que foram expostos a nicotina por longo período estão mais propensos a desenvolverem problemas crônicos relacionados ao abuso da substância do que aqueles que não são expostos. Aos que ainda são fumantes não são muito estimulados a largar ou são relutantes a parar, pois acreditam estar imunes aos malefícios que são causados (Alexandrino; et.al, 2020, p. 3280).

Tais dados, mostram que o abuso da substância do tabaco tira a qualidade de vida de qualquer indivíduo que faz o uso, mas principalmente na terceira idade contribui para um envelhecimento patológico.

Por fim as questões 9 (O(a) senhor(a) pratica atividade física com frequência?) e 10 (Se para pergunta anterior a frequência foi de 2 ou mais de 3 dias na semana, a quanto tempo o(a) senhor(a) tem o hábito de praticar atividade física?) permite que sejam relacionadas com a qualidade de vida como produto da prática de atividades físicas.

Em análise do gráfico 9, a amostra da população idosa que foi entrevistada em 50% não pratica atividade física, já a outra parcela da amostra está dividida em mais de três vezes na semana (12,5%), ao menos duas vezes na semana (25%) e apenas uma vez na semana (12,5%).

Quando abordado o tópico de envelhecimento saudável uma das medidas não farmacêuticas que podem ser adotadas é a atividade física pra os indivíduos idosos, que quando praticada de forma moderada mas regular auxilia na prevenção da mortalidade, doenças cardíacas e no perfil lipídico .A promoção da atividade física regular é uma das principais medidas não farmacêuticas propostas para indivíduos mais velhos, pois a baixa taxa de atividade física é frequentemente notada nessa faixa etária (Vogel; et.al, 2009).

Conjugado ao gráfico 10, referente a pergunta 10, nos permite relacionar a constância da prática entre a amostra entrevistada.

Entre as respostas recebidas, foi possível perceber que ainda 50% dos entrevistados permaneceram em sua primeira resposta de não praticar atividade física e os outros 50% foi dividido entre 25% que pratica frequentemente a mais de dois anos e outros 25% que começou a poucos meses e nenhuma porcentagem que pratica a mais de cinco anos. O que trás o questionamento da importância da frequência da prática de atividade física entre os idosos. Através da prática regular de atividade física a expectativa de vida é incrementada e as condições típicas do envelhecimento são atenuadas ou adiadas (Monteiro; et.al, 2014).

6.1.3 Conhecimento sobre qualidade de vida e seus benefícios

A categoria exposta refere-se as questões 6, 11,13 e 14.

A questão 6 (O que o(a) senhor(a) entende por um envelhecimento saudável?) está relacionada com o entendimento pessoal de cada um dos entrevistados para o processo de envelhecimento saudável. As respostas obtidas em sua grande maioria abrangeram que um envelhecimento saudável depende de hábitos de qualidade de vida.

Um dos idosos que respondeu ao questionário disse “fazer exercícios físicos, alongamentos.” outra disse “ uma boa alimentação, e fazer atividade física + atividade mental (costurar)”. Por meio dessa é possível notar que a amostra entrevistada sabe quais são os hábitos que devem ser adotados, mas em relação ao Gráfico 9, o qual mostra que 50% da amostra não pratica nenhum tipo de atividade física.

Em pesquisa realizada sobre a perspectiva do idosos do envelhecimento saudável, com fatores analisados sendo variáveis socio-demográficas, definição de envelhecimento saudável e o que é importante para um envelhecimento saudável, destacou-se que os aspectos que foram mais apontados para o processo de envelhecimento saudável é a saúde física, o que mostra que para os idosos a conservação da saúde física é de suma importância para sua qualidade de vida (Cupertino; et.al, 2007).

A questão 11 (Você encontrou resultados em seus esforços físicos em relação a sua saúde? Se sim, quais?) relaciona-se ainda com o entendimento dos entrevistados com os benefícios resultantes dos esforços físicos na terceira idade.

Aos que nas questões 9 e 10 disseram que praticam atividade física informaram que “sim, pois não sente limitações em relação a locomoção”, o que mostra a relação da prática de atividades físicas com aquisição de autonomia.

Segundo Kristiane e Renan (2005), a prática de exercícios físicos promove a proteção da capacidade de realizar as atividades funcionais do cotidiano em todas as idades, mas principalmente em idosos.

A questão 13 (Já teve contato com a informação de que uma boa qualidade de vida seja um processo fundamental para o envelhecimento saudável?) que questiona o conhecimento geral de qualidade de vida da amostra do questionário.

Se relacionada com a questão anterior de número 6, baseada nas respostas obtidas o conhecimento de envelhecimento saudável pela amostra está de certa forma correta e todos já haviam ouvido falar sobre o tema. O que chama atenção é a porcentagem que conhece sobre o envelhecimento saudável e o que deve ser feito para alcançá-lo de forma satisfatória, mas não buscou mudança.

Relacionada a questão 14 (Concorda que a prática de atividades físicas pode auxiliar no processo de envelhecimento, seja em fatores motores de habilidades quanto fatores cognitivos como memória e atenção?) de que se a adoção de hábitos saudáveis e boa qualidade de vida influenciam diretamente no processo de envelhecimento, e os resultados obtidos para essa questão foram favoráveis em 100%.

Em grande maioria, os idosos entrevistados conhecem quais são os hábitos que devem e podem ser adotados principalmente o de atividade física frequente, ao longo da vida que gerem um envelhecimento saudável sem comprometimentos para a saúde física e cognitiva, porém como foi notado no Gráfico 9, não são todos que adotam essa prática concebida como benéfica para a manutenção da saúde.

6.1.4 Possui distorção cognitiva atual

A partir da questão 12 se inicia a quarta e última categoria desse estudo, sendo nele a questão 11 única presente. A questão 12 (Você apresenta alguma disfunção cognitiva, até sua idade atual? (Alzheimer, demência senil,

Parkinson, distúrbios comportamentais entre outros). Se sim, qual?) as respostas concebidas para essa pergunta permitem relacionar se aos indivíduos que adotaram bons hábitos ao longo da vida e esses permanecem durante a velhice puderam ver os benefícios durante essa fase.

Nenhuma resposta dada para a questão 12 foi positiva para a presença de demências, o que de certo modo comprova a hipótese inicial de que a prática de exercícios físicos auxilie na manutenção física e cognitiva dos indivíduos. Porém dada as repostas da questão 9, a qual 50% da amostra disse não praticar atividades físicas não faz que essas respostas não sejam totalmente favoráveis para atingir um objetivo grande como o tema dessa pesquisa, o que seria importante para pesquisas futuras uma amostra maior que tenha mais variáveis para que além da literatura seja possível comprovar na prática essa relação.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse estudo foi revisar os resultados de uma vida ativa, a fim de garantir um envelhecimento saudável e autônomo, além de preservar a saúde cognitiva por meio de atividades físicas ao decorrer da vida. Buscou-se compreender os efeitos fisiológicos desse estilo de vida e as respostas neurológicas aos estímulos.

A partir desse estudo foi possível notar que o envelhecimento envolve diversas mudanças na vida do indivíduo, tanto físicas quanto cognitivas que impactam diretamente na qualidade de vida e autoestima desses. Essas modificações são influenciadas por fatores internos do indivíduo ou por aspectos ambientais como o estilo de vida adotado ao longo da vida, até terceira idade.

A prática regular de atividades físicas está associada à proteção das habilidades funcionais cotidianas em todas as idades, especialmente útil aos idosos ao promover autonomia nas funções diárias, além disso está relacionada com a prevenção e preservação do corpo físico.

Entre as perdas decorrentes do envelhecimento está a redução da plasticidade das estruturas neurais devido à diminuição do fator neurotrófico cerebral. A prática de atividades físicas pode preservar e manter essas estruturas neurais, principalmente aquelas relacionadas a memória e atenção. Isso ocorre

porque a realização de atividades físicas libera mioquinas durante as contrações das fibras musculares, sendo uma delas a irisina que auxilia na preservação da neuroplasticidade e neurogênese além de aumentar o fator neurotrófico.

Durante a realização do estudo, observou-se uma baixa aderência por parte dos idosos, com poucos demonstrando interesse em responder à pesquisa. De uma média de 15 participantes apenas 8 se mostraram interessados em participar. Apesar de ser um tema atual e relevante, nem todos os membros da comunidade estão familiarizados com o assunto, o que pode ter influenciado essa baixa aderência.

Dessa forma, torna-se relevante, dada a importância do tema para a comunidade, promover a saúde não apenas de idosos, mas de jovens e adultos visando garantir a preservação da saúde e a qualidade de vida de todos. Além disso, em pesquisas futuras, é de maior interesse focar no estudo da preservação da neuroplasticidade sendo fundamental ampliar a amostra de pesquisa para que os resultados sejam mais representativos e significativos à área de estudo.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRINO, Arthur; *et al.* Tabagismo e alcoolismo na velhice: avaliação de fatores comportamentais entre idosos / Smoking and alcoholism in old age: evaluation of behavior factors among elderly. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 3275–3285, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n2-167. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/8900>. Acesso em: 24 nov. 2024.
- ANTUNES, Hanna Karen Moreira *et al.* Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. In: Revista Brasileira de medicina do esporte. V. 12, p.108-114, 2006.
- BALTOKOSKI, Kenderly Camila; ACCARDO, Camila de Melo. A influência da irisina na memória em pacientes com doença de Alzheimer: revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Científico, v. 32, p. e8644, 13 ago. 2021.
- CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; ALANIS, Laura Magalhães; HORTA, Marcos de Lima. Envelhecimento Cerebral. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Guanabara Koogan, 2016, p. 232-255.
- CIOSAK, Suely Itsuko *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, p. 1763-1768, 2011.

CUPERTINO, Ana Paula Fabrino Bretas; ROSA, Fernanda Heringer Moreira; RIBEIRO, Pricila Cristina Correa. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 20, p. 81-86, 2007.

FRANCHI, Kristiane Mesquita Barros; JUNIOR, Renan Magalhães Montenegro. Atividade Física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. In: Revista Brasileira de Promoção de Saúde.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, Irene; BRITTO, Vinícius. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. IBGE, 27 de outubro de 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 26 de maio de 2024.

GONÇALVES, Marisa Pereira; TOMAZ, Carlos; SANGOI, Cláudio. Considerações sobre envelhecimento, memória e atividade física. In: Revista Brasileira de Ciência e Movimento, V. 14, n. 2, p.95-102, 2006.

GONÇALVES, Gabriela Carlin; *et al.* Relação do hormônio irisina liberado durante o exercício físico e a doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. Revista de Medicina, São Paulo, V.102, n. 1, p. e 194527, 2023. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/194527>. Acesso em: 17 jun. 2024. JIN, Yunho; *et al.* Molecular and Functional Interaction of the Myokine Irisin with Physical Exercise and Alzheimer's Disease. *Molecules*. 2018 Dec 7;23(12):3229. doi: 10.3390/molecules23123229. PMID: 30544500; PMCID: PMC6321132.

MANFRIM, Aquiles; SCHIMDT, Sergio L. Diagnóstico Diferencial das Demências. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Lígia. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Guanabara Koogan, 2016, p. 262-276.

MONTEIRO, Cláudia; *et al.* Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: Um estudo com idosos. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 14, n. 1, 2014.

MOREIRA, Márlon Martins; *et al.* Hábitos alimentares de idosos em um município do interior mineiro, Brasil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 439–444, 2018. DOI: 10.18554/refacs.v6i3.3082. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3082>. Acesso em: 24 nov. 2024.

NITRINI, Ricardo; CARAMELLI, Paulo. Demências. In: NITRINI R, BACHESCHI LA (eds.). A neurologia que todo médico deve saber (2a edição). São Paulo: Atheneu, 2003, p.323-334. RAMOS, AM, *et al.* Demência do Idoso: diagnóstico na atenção

primária à saúde. Sociedade Brasileira de medicina de família e comunidade. Academia Brasileira de Neurologia, 8 de julho de 2009.

PACHECO, Paula Vieira. A influência do fator neurotrófico derivado do cérebro e exercícios físicos sobre a neuroplasticidade após acidente vascular encefálico. Instituto de Ciências Biológicas da UFMG. Belo Horizonte, 2009.

RAMOS; AM, *et al.* Demência do Idoso: diagnóstico na atenção primária à saúde. Sociedade Brasileira de medicina de família e comunidade Academia Brasileira de Neurologia, 8 de julho de 2009.

SCORALICK LEMPKE, N. N.; *et al.* Comportamentos de saúde e envelhecimento saudável: um estudo com idosos da comunidade. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 775–784, 2018. DOI: 10.18554/refacs.v6i4.3293. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3293>. Acesso em: 24 nov. 2024.

SILVA, Everaldo Edmilson; *et al.* Ativação do hormônio Irisina no exercício físico para saúde de idosos com doença de alzheimer. Revista Faculdades do Saber, v.6 n.12, 2021.

TAVARES, R. E.; *et al.* Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 878-889, dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/pSRcgwghsRTjc3MYdXDC9hF/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 24 nov. 2024.

TONG, Liqi; *et al.* Effects of exercise on gene-expression profile in the rat hippocampus. Neurobiol Dis. 2001 Dec;8(6):1046-56. Disponível em: doi: 10.1006/nbdi.2001.0427. PMID: 11741400. Acesso em: 27 de maio de 2024.

VINACCIA, Stefano; OROZCO, Lina Maria. Aspectos psicossociais associados con la calidad de vida de personas [con enfermedades crónicas. Diversitas: Perspectivas en Psicología [en linea]. 2005, 1(2), 125-137[fecha de Consulta 26 de Maio de 2024]. versão impressa ISSN: 1794-9998. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910202>. Acesso em: 26 de maio de 2024.

VOGEL, T.; *et al.* Health benefits of physical activity in older patients: a review. **International Journal of Clinical Practice** 63(2):303-20, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19196369/> . Acesso em: 24 nov. 2024.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA**IDENTIFICAÇÃO**

Sexo: () feminino () masculino

Idade:

Status de relacionamento: () solteiro () casado () união estável

Trabalha: () sim () não

PERGUNTAS

01) Você pratica atividade física com frequência?

- a) Sim, mais de 3 vezes na semana
- b) Sim, ao menos 2 vezes na semana
- c) Não, frequento apenas 1 dia na semana
- d) Não, não pratico atividade física

02) Você tem o hábito de praticar atividade física há quanto tempo?

- a) Pratico a mais de 5 anos
- b) Pratico a mais de 2 anos
- c) Pratico a poucos meses
- d) Não pratico atividade física

03) Você tem o hábito de boa alimentação?

- a) Sim, me alimento de forma saudável constantemente
- b) Sim, me alimento de forma saudável na maioria das vezes
- c) Não, me alimento de forma intuitiva
- d) Não, não me importo com a minha alimentação

04) Você é tabagista ou convive com alguém que seja tabagista?

- a) Sim, fumo diariamente, mas não convivo com tabagistas
- b) Sim, fumo diariamente, e convivo com tabagistas
- c) Não, não fumo, mas convivo com alguém que seja tabagista
- d) Não, não fumo, e não convivo com tabagistas

05) Você apresenta alguma disfunção cognitiva, até sua idade atual? (Alzheimer, demência senil, Parkinson, distúrbios comportamentais entre outros). Se sim, qual?

06) Você encontrou resultados em seus esforços físicos em relação a sua saúde? Se sim, quais?

07) Já teve contato com a informação de que uma boa qualidade de vida seja um processo fundamental para o envelhecimento saudável?

- a) Sim, já haviam me falado e mudei meus hábitos
 - b) Sim, já haviam me falado, mas não busquei uma mudança
 - c) Sim, já haviam me falado, mas não recordo muito bem
 - d) Não, nunca haviam me dito
- 08) Concorda que a prática de atividades físicas pode auxiliar no processo de envelhecimento, seja em fatores motores de habilidades quanto fatores cognitivos como memória e atenção?
- a) Sim, concordo plenamente para os dois fatores
 - b) Sim, concordo para apenas um dos fatores
 - c) Não, discordo que o exercício físico tenha relação com o envelhecimento
 - d) Não tenho opinião formada sobre o assunto

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são encontrar a relação entre a prática de atividades físicas ao longo da vida e o processo de envelhecimento saudável, o qual pode ter um atraso no desenvolvimento de demências senis.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas acerca da sua qualidade de vida, hábitos diários relacionados a saúde e se possui alguma doença que afete sua concepção de memória e atenção.

Não há riscos relacionados com sua participação.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e você terá acesso ao relatório final.

Franca, 09 de setembro de 2024.

Pesquisador Responsável

Sujeito da pesquisa

ÍNDICE

A

Adriana Aparecida Silvestre Gera-
Ribeiro, 9, 107
Aparecida das Graças Figueiredo, 9

B

Beatriz Ewbank Barbosa, 203

C

Carolina Ferreira Rodrigues, 55

D

Daniela de Figueiredo Ribeiro, 122

G

Gabriele Alves Pereira de Oliveira, 66
Giovana Gonçalves Pastre, 66

H

Hugo Fraga de Paula, 107

I

Irma Helena Ferreira Benate Bomfim,
80, 162
Isabela Fernandes Bareense, 122
Isabella de Oliveira Garcia, 80
Isadora de Matos Tomé, 183
Isadora Ribeiro dos Santos Pereira,
136

L

Lívia Leandro de Oliveira, 34
Livia Oliveira Reche, 136

M

Maiara Matter Gonzales, 66
Manuela Ferreira Salomão, 80
Maria Cherubina de Lima Alves, 34
Maria Clara Bassalo Basso, 21
Maria Eduarda Moraes Salazar, 183
Marina Carmo Vieira, 55
Miguel Dos Santos Carvalho, 162

R

Rafael D'Elia Miranda de Andrade, 146
Rafaela Costa Rodrigues, 9

S

Sofia Coimbra Vieira, 203
Sofia Meneghetti Vergani, 203
Sofia Muniz Alves Gracioli, 21, 55, 66,
136, 146, 183, 203
Stella Ruiz Paludetto de Castro, 203

Y

Yasmin Peixoto Dias, 183

Z

Zahara Andrade David, 66

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



unifacef.com.br

Av. Dr. Ismael Alonso y Alonso, 2400

0800 940 4688 / (16) 3713-4688



I.C **Uni-FACEF**

Uni-FACEF
Centro Universitário Municipal de Franca