

PSICOLOGIA CLÍNICA

*Psicologia da saúde e
Intervenções psicoterápicas*

35.1

PSICOLOGIA CLÍNICA

*Psicologia da saúde e
Intervenções psicoterápicas*

35.1

EDITORA RESPONSÁVEL

Jaqueline de Carvalho Rodrigues

EDITORES ASSOCIADOS

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas

Leonardo Fernandes Martins

Lidia Levy de Alvarenga

Rebeca Nonato Machado

Thais Klein

Thomas Eichenberg Krabe

COMISSÃO EXECUTIVA

Breno Samvicente-Vieira

J. Landeira-Fernandez

SECRETÁRIO EXECUTIVO: *Francisco Wellington Barreto*

SECRETÁRIA ADMINISTRATIVA: *Vera Lúcia L. da Silva*

REVISÃO: *Claudio R. C. Faria*

EDITORIAÇÃO ELETRÔNICA: *Ingroup Tecnologia e Serviços Ltda.*

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Wagner, UFRGS, Porto Alegre, Brasil

Alberto Konichevsky, Université Paris Descartes – Paris V, Paris, França

Ana Maria Rudge, UVA, Rio de Janeiro, Brasil

Cleonice Alves Bosa, UFRGS, Porto Alegre, Brasil

Eduardo João Ribeiro dos Santos, Universidade de Coimbra,
Coimbra, Portugal

Fernando Urribarri, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires,
Argentina

Ilana Strozenberg, ECO/UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil

Jefferson Machado Pinto, UFMG, Belo Horizonte, Brasil

Jurandir Freire Costa, UERJ, Rio de Janeiro, Brasil

Luiz Augusto M. Celes, UnB, Brasília, Brasil

Luiz Eduardo Prado de Oliveira, Université de Bretagne Occidentale,
Brest, França

Maria Consuelo Passos, UNICAP, Recife, Brasil

Maria da Graça Bompastor Borges Dias, UFPE, Recife, Brasil

Marta Gerez Ambertin, Universidad Nacional de Tucumán,
San Miguel de Tucumán, Argentina

Nelson da Silva Junior, USP, São Paulo, Brasil

Pierre Benghazi, Université Paris 8 – Vincennes St Denis, Paris, França

Renato Mezan, PUC-SP, São Paulo, Brasil

Roland Gori, Université de Provence Aix-Marseille I, Marseille, França

Silvia Helena Koller, UFRGS, Porto Alegre, Brasil

Silvia Maria Abu-Jamra Zornig, PUC-Rio, Rio de Janeiro, Brasil

Teresa Cristina Carreteiro, UFJF, Niterói, Brasil

Apoio:



Departamento de Psicologia
PUC-Rio

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da PUC-Rio

PSICOLOGIA CLÍNICA. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. v.35 n.1, jan-abr/2023
CDD.157.9

ISSN: 0103-5665 (impresso)

ISSN: 1980-5438 (online)

MISSÃO DO PERIÓDICO

Divulgar trabalhos originais na área da Psicologia Clínica, contribuindo para a qualidade da pesquisa, para a produção de conhecimento e para a consolidação desse campo no Brasil.

LINHA EDITORIAL

A revista *Psicologia Clínica* é uma publicação quadrimestral de trabalhos originais que se enquadrem em alguma das seguintes categorias: relatos de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas da literatura, relatos de experiência profissional, notas técnicas e resenhas na área de psicologia clínica.

HOMEPAGE:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0103-5665

PERIÓDICO INDEXADO NAS BASES DE DADOS:

NACIONAIS:

INDEX PSI www.bvs-psi.org.br

LILACS/BIREME lilacs.bvsalud.org

QUALIS (A2) www.periodicos.capes.gov.br

INTERNACIONAIS:

CLASE dgb.unam.mx/index.php/catalogos/seriunam

Latindex www.latindex.unam.mx/latindex/ficha?folio=17689

PsycINFO www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/coverage.aspx#P

Redalyc www.redalyc.org/revista.oa?id=2910

EBSCO www.ebscohost.com/titlLists/foh-coverage.htm

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rua Marquês de São Vicente, 225 – Gávea
22453-900 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (55 21) 3527-2109
Fax: (55 21) 3527-1187
E-mail: psirevista@puc-rio.br

SUMÁRIO

SUMMARY

EDITORIAL 9

SEÇÃO TEMÁTICA – PSICOLOGIA DA SAÚDE

THEMATIC SECTION – HEALTH PSYCHOLOGY

SECCIÓN TEMÁTICA – PSICOLOGÍA DE LA SALUD

SAÚDE DE MULHERES BISSEXUAIS: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA
NACIONAL NA PÓS-GRADUAÇÃO

Bisexual women's health: Analysis of national scientific production in
graduate studies

La salud de las mujeres bisexuales: Análisis de la producción científica
nacional en los estudios de postgrado

Carolina de Souza

Manoel Antônio dos Santos 15

PSICANÁLISE E O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO NUM CONTEXTO
AMPLIADO: UMA REFLEXÃO SOBRE O USO DOS INDICADORES DE RISCO
PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Psychoanalysis and the diagnosis of autism in an expanded context:
A consideration about the use of the risk indicators for
child development

Psicoanálisis y el diagnóstico del autismo en un contexto ampliado:
Una reflexión acerca del uso de los indicadores de riesgos para el
desarrollo infantil

Thaysa Silva dos Santos

Cristiana Carneiro 39

AUTOPERCEÇÃO E ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Self-perception and adolescence: A systematic review of the literature

Autopercepción y adolescencia: Revisión sistemática de la literatura

Edimeire Pastori de Magalhães Tavernard

Cybelle Bezerra Sousa Florêncio

Fernando Augusto Ramos Pontes

Simone Sousa da Costa Silva..... 61

SEÇÃO TEMÁTICA – INTERVENÇÕES PSICOTERÁPICAS

THEMATIC SECTION – PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS

SECCIÓN TEMÁTICA – INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

GROUP COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR OBESITY

Terapia cognitivo-comportamental em grupo para obesidade

Terapia cognitivo-conductual grupal para la obesidad

Roberta Bilibio Westphalen

Cristina Pilla Della Mèa

Vinícius Renato Thomé Ferreira 87

PSICOTERAPIA MEDIADA POR TECNOLOGIAS DIGITAIS:

ESTUDO FENOMENOLÓGICO LONGITUDINAL

Psychotherapy mediated by digital technologies:

Longitudinal phenomenological study

Psicoterapia mediada por tecnologías digitales:

Estudio fenomenológico longitudinal

Nara Helena Lopes Pereira da Silva

Andrés Eduardo Aguirre Antúnez 105

EFEITOS TERAPÊUTICOS DA PSICOTERAPIA DE GRUPO DE ABORDAGEM
PSICANALÍTICA: UMA EXPERIÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Therapeutic effects of group psychotherapy with a psychoanalytic
approach: An experience in public policy

Efectos terapéuticos de la psicoterapia de grupo con enfoque
psicoanalítico: Una experiencia en políticas públicas

Bruno Huffel de Lima

Elizangela Felipi

Márcia Luíza Pit Dal Magro

Anie Stürmer

Marta Neckel Menezes..... 129

SEÇÃO LIVRE

FREE SECTION

SECCIÓN LIBRE

A DESAUTORIZAÇÃO DO PROCESSO PERCEPTIVO EM MÃES DE VÍTIMAS
DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

The disavowal of the perceptual process in mothers of sexually
abused children

La desautorización del proceso perceptivo en madres de víctimas de
abuso sexual infantil

Simone Paula Aparecida Rodrigues

Angela Maria Pires Caniato

Marcos Leandro Klipan 155

VALORES SEXUAIS: UMA LEITURA LÓGICA DA TEORIA LACANIANA
DA SEXUAÇÃO

Sexual values: A logical reading of the Lacanian theory
of sexuation

Valores sexuales: Una lectura lógica de la teoría lacaniana
de la sexuación

Leonardo Fernandes Pimentel 177

VIESES PSICOLÓGICOS E TOMADA DE DECISÃO:

OPINIÕES DE ESPECIALISTAS VERSUS INVESTIDORES INDIVIDUAIS

Psychological biases and decision-making:

Expert versus individual investors opinions

Sesgos psicológicos y toma de decisiones:

Opiniones de expertos versus inversores individuales

Nicolas de Oliveira Cardoso

Claudia Emiko Yoshinaga

Frederike Monika Budiner Mette

Wagner de Lara Machado 193

EDITORIAL

A revista *Psicologia Clínica* tem passado por mudanças, que se iniciaram pela saída dos editores-chefes Breno Sanvicente-Vieira e Leonardo Fernandes Martins. Esta edição foi organizada por mim, Jaqueline de Carvalho Rodrigues, nova editora responsável. Agradeço aos antigos editores pelo trabalho que realizaram. Assumo o posto de editora-chefe da revista com a missão de manter a qualidade da publicação e contribuir para a disseminação do conhecimento científico nacional e internacional. Na próxima edição, apresentarei os novos editores associados e de seção, que integrarão a equipe deste periódico.

Esta edição é composta por nove artigos, a maior parte dos quais envolvem os temas Psicologia da saúde e Intervenções psicoterápicas. Na seção Psicologia da saúde, o primeiro estudo, intitulado *Saúde de mulheres bissexuais: Análise da produção científica nacional na pós-graduação*, escrito por Carolina de Souza e Manoel Antônio dos Santos, da Universidade de São Paulo, analisa a produção científica brasileira sobre a saúde de mulheres bissexuais e sua relação com os serviços de saúde. O artigo discute a importância de desenvolver pesquisas sobre esse tema e de investir na qualificação dos profissionais, a fim de aprimorar o cuidado em saúde.

O segundo artigo dessa seção é intitulado *Psicanálise e o diagnóstico de autismo num contexto ampliado: Uma reflexão sobre o uso dos indicadores de risco para o desenvolvimento infantil*, de autoria de Thaysa Silva dos Santos e Cristiana Carneiro, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O artigo discute o diagnóstico de autismo na clínica ampliada, a partir dos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), entrevistando psicanalistas atuantes na área. O estudo reflete sobre benefícios e limitações do uso do IRDI nos contextos de saúde.

O último artigo dessa seção é intitulado *Autopercepção e adolescência: Uma revisão sistemática da literatura*, desenvolvido por Edimeire Pastori de Magalhães Tavernard, Cybelle Bezerra Sousa Florêncio, Fernando Augusto Ramos Pontes e Simone Sousa da Costa Silva, da Universidade Federal do Pará. Os autores realizaram uma revisão sistemática da literatura para investigar os instrumentos utilizados para avaliar o construto da autopercepção. O artigo ressalta a importância de combinar dados qualitativos e quantitativos para analisar esse construto.

A seção Intervenções psicoterápicas também é composta por três artigos. O primeiro, intitulado *Group cognitive-behavioral therapy for obesity (Terapia*

cognitivo-comportamental em grupo para obesidade), publicado em inglês e escrito por Roberta Bilibio Westphalen, Cristina Pilla Della Méa e Vinícius Renato Thomé Ferreira, da Atitus Educação, teve como objetivo avaliar sintomas de compulsão alimentar, depressão, ansiedade e estresse em adultos com obesidade, antes e após participarem de uma intervenção em grupo. A intervenção, baseada na abordagem cognitivo-comportamental, mostrou resultados favoráveis na diminuição de sintomas psicológicos e no índice de massa corporal dos participantes.

O segundo artigo dessa seção tem o título *Psicoterapia mediada por tecnologias digitais: Estudo fenomenológico longitudinal*, e foi escrito por Nara Helena Lopes Pereira da Silva e Andrés Eduardo Aguirre Antúnez, da Universidade de São Paulo. O estudo teve como objetivo compreender as vivências nos processos de psicoterapia on-line, a partir de uma abordagem fenomenológica. Ao entrevistar terapeutas e pacientes, os autores discorrem sobre vários aspectos que permeiam o mundo digital, como questões éticas e práticas do uso das tecnologias digitais em psicologia.

O último artigo dessa seção tem como título *Efeitos terapêuticos da psicoterapia de grupo de abordagem psicanalítica: Uma experiência nas políticas públicas*, dos autores Bruno Huffel de Lima, Elizangela Felipi, Márcia Luíza Pit Dal Magro e Marta Neckel Menezes, da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, bem como Anie Stürmer, do Instituto de Psicologia de Novo Hamburgo e do Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia de Porto Alegre. A pesquisa teve como objetivo analisar os efeitos terapêuticos do Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH), a partir das mudanças psíquicas relatadas por duas participantes. O estudo discute as possibilidades de contribuição da psicanálise ao contexto das políticas públicas.

A seção livre é integrada por três artigos, o primeiro dos quais intitulado *A desautorização do processo perceptivo em mães de vítimas de abuso sexual infantil*, escrito por Simone Paula A. Rodrigues, Angela Maria Pires Caniato (*in memoriam*) e Marcos Leandro Klipan, da Universidade Estadual de Maringá. O estudo utiliza o método psicanalítico para discutir o descrédito materno diante de revelações de abusos. O artigo traz reflexões sobre a temática e os motivos do fenômeno.

O segundo estudo, *Valores sexuais: Uma leitura lógica da teoria lacaniana da sexualização*, escrito por Leonardo Fernandes Pimentel, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, traz uma discussão sobre as definições do que é “ser homem” e do que é “ser mulher”, a partir das obras de Sigmund Freud e Jacques Lacan. O ensaio aborda confluências e divergências entre esses autores e reflexões atuais sobre o tema.

Por fim, o último artigo desta edição tem como título *Vieses psicológicos e tomada de decisão: Opiniões de especialistas versus investidores individuais*, de autoria de Nicolas de Oliveira Cardoso, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Claudia Emiko Yoshinaga, da Fundação Getulio Vargas (SP), Frederike Monika Budiner Mette, da Escola Superior de Propaganda e Marketing, e Wagner de Lara Machado, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. A pesquisa teve como objetivo investigar as opiniões de investidores sobre quais vieses psicológicos podem influenciar a tomada de decisão de investidores individuais e de profissionais do mercado financeiro. Os resultados destacam a necessidade de desenvolver ações educativas sobre a influência dos vieses psicológicos na tomada de decisão.

Em síntese, esta edição é composta por artigos com as mais diversas abordagens teóricas, desenvolvidos por pesquisadores brasileiros. Espero que os leitores de nossa revista desfrutem dos trabalhos. Boa leitura!

Jaqueline de Carvalho Rodrigues
Editora-chefe da revista Psicologia Clínica

SEÇÃO TEMÁTICA – PSICOLOGIA DA SAÚDE

Saúde de mulheres bissexuais:
Análise da produção científica nacional na pós-graduação

Psicanálise e o diagnóstico de autismo num contexto ampliado:
Uma reflexão sobre o uso dos indicadores de risco
para o desenvolvimento infantil

Autopercepção e adolescência:
Uma revisão sistemática da literatura

SAÚDE DE MULHERES BISSEXUAIS: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL NA PÓS-GRADUAÇÃO

BISEXUAL WOMEN'S HEALTH: ANALYSIS OF NATIONAL SCIENTIFIC PRODUCTION IN GRADUATE STUDIES

LA SALUD DE LAS MUJERES BISEXUALES: ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA NACIONAL EN LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO

Carolina de Souza ⁽¹⁾

Manoel Antônio dos Santos ⁽²⁾

RESUMO

O reconhecimento das mulheres como sujeitos das políticas de saúde é uma realidade recente no Brasil; porém, persistem barreiras que dificultam a inclusão da orientação sexual não heterocentrada nas propostas assistenciais. Este estudo teve como objetivo analisar a produção científica brasileira, em nível de pós-graduação, sobre a saúde de mulheres bissexuais e sua relação com os serviços de saúde. Pesquisamos o Catálogo de Teses e Dissertações publicadas pela CAPES entre 1992 e 2021. Oito estudos preencheram os critérios de inclusão estabelecidos. A análise temática revelou seis temas: saúde sexual e doenças sexualmente transmissíveis; encontro com os/as profissionais de saúde; visão dos/das profissionais; invisibilidade das bissexualidades femininas; políticas e programas de saúde; e saúde mental. As teses e dissertações revisadas tiveram como foco questões relacionadas à saúde sexual, barreiras de acesso aos serviços de saúde devido à bifobia e crenças equivocadas acerca da vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis, especialmente HIV/Aids. Com base nos resultados, sugerimos ampliação das pesquisas sobre o tema, além de investimento na qualificação dos profissionais a fim de sensibilizá-los para escuta e inclusão das singularidades des-

⁽¹⁾ Psicóloga; Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. email: carolina2.souza@usp.br

⁽²⁾ Psicólogo; Professor Titular do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. email: masantos@ffclrp.usp.br

Os autores agradecem o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), código de financiamento 88887.600242/2021-00, e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do qual o segundo autor é Bolsista de Produtividade em Pesquisa, nível 1A.

ta demanda, que tem sido pouco explorada durante a formação acadêmica, buscando o aprimoramento do cuidado.

Palavras-chave: bissexualidade; saúde da mulher; pós-graduação; revisão; serviços de saúde.

ABSTRACT

The recognition of women as subjects of health policies is a recent reality in Brazil, but there are still barriers to the inclusion of non-heterocentered sexual orientation in health care proposals. This study aimed to analyze the Brazilian scientific production, at the graduate level, on the health of bisexual women and their relationship with health services. We searched the Theses and Dissertations Catalog published by CAPES between 1992 and 2021. Eight studies met the established inclusion criteria. Thematic analysis revealed six themes: sexual health and sexually transmitted infections; encounter with health professionals; professionals' view; invisibility of female bisexuality; health policies and programs; and mental health. The theses and dissertations reviewed focused on issues related to sexual health, barriers to access health services due to biphobia and mistaken beliefs about vulnerability to sexually transmitted infections, especially HIV/Aids. Based on the results, we suggest expanding research on the subject, as well as investment in the qualification of professionals in order to sensitize them to listen and include the singularities of this demand, which has been little explored during academic training, seeking to improving care.

Keywords: bisexuality; women's health; postgraduate studies; review; health services.

RESUMEN

El reconocimiento de las mujeres como sujetos de las políticas de salud es una realidad reciente en Brasil; sin embargo, persisten barreras que estorban la inclusión de la orientación sexual no heterocentrada en las propuestas de atención. Este estudio tuvo como objetivo analizar la producción científica brasileña, a nivel de posgrado, sobre la salud de las mujeres bisexuales y su relación con los servicios de salud. La recogida de datos se realizó a través del Catálogo de Tesis y Disertaciones publicados por la CAPES entre 1992 y 2021. Tras aplicar los criterios de inclusión, se seleccionaron ocho estudios. Los resultados se agruparon y clasificaron, mediante un análisis temático, en seis categorías: salud sexual e infecciones de transmisión sexual; encuentro con profesionales

de la salud; visión de los profesionales; invisibilidad de la bisexualidad femenina; políticas y programas de salud; y salud mental. Las tesis y disertaciones se centraron en temas relacionados con las barreras para acceder a los servicios sanitarios debido a la bifobia y las creencias erróneas sobre la vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH/sida. Se sugiere ampliar la investigación sobre el tema, además de invertir en la cualificación de los profesionales para sensibilizarlos a escuchar las singularidades de esta demanda.

Palabras clave: bisexualidad; salud de la mujer; posgrado; revisión; servicios de salud.

Introdução

No campo da saúde coletiva são persistentes as concepções generificadas, que incidem na maneira como os sujeitos se vinculam aos serviços de saúde e aderem às práticas de cuidado (Gomes, 2008; Soares et al., 2011; Souto, 2008). No contexto institucional, iniquidades de gênero contribuem para a estratificação dos públicos beneficiários das ações ofertadas, privilegiando certos perfis de usuários em detrimento de outros (Schraiber et al., 2010). Investigar os fatores associados a essa seletividade implícita é fundamental para o planejamento de políticas públicas inclusivas e efetivas para atenuar os impactos das disparidades em saúde (Alexandre & Santos, 2019, 2021).

No cenário brasileiro é relativamente recente o reconhecimento das mulheres como sujeitos das políticas de saúde (Ministério da Saúde, 2004). A despeito dos notáveis avanços e conquistas obtidos das últimas décadas, percebe-se uma persistente dificuldade de inserir a questão da orientação sexual não heterocentrada nas propostas assistenciais. Há evidências de que pessoas com orientação sexual divergente da heteronormatividade enfrentam disparidades de saúde quando comparadas às heterossexuais (Santos et al., 2019; Souza, Oliveira-Cardoso et al., 2021). Por heteronormatividade entende-se a crença universalizante, amplamente disseminada pela cultura heterossexual, de que a heterossexualidade é o único caminho legítimo e aceitável para a manifestação da afetividade e desejo sexual. A heteronormatividade também naturaliza e legitima a existência de apenas duas possibilidades identitárias, ser homem e ser mulher, que normatizam o corpo e reforçam o binarismo de gênero (Braga et al., 2018).

Estudos mostram que o assédio e a discriminação baseada na orientação sexual estão associados ao aumento da vulnerabilidade ao sofrimento psicológico

(Herek et al., 1997; Lewis et al., 2015; Meyer, 1995). Estudo realizado na Austrália verificou que mulheres bissexuais e lésbicas eram significativamente mais propensas a fazer uso dos serviços de saúde do que as heterossexuais; porém, a satisfação das primeiras com o atendimento recebido e a continuidade dos cuidados eram significativamente menores (Hughes et al., 2010).

Unidades de Saúde da Família são socialmente percebidas como “lugares de mulheres” e “para mulheres”, e de fato elas representam a maior parcela do público atendido. Geralmente, as ações de saúde ofertadas pelos serviços estão relacionadas a aspectos reprodutivos e a porta de entrada guarda relação com a maternidade e cuidados pré e perinatais. É comum que a mulher chegue ao serviço depois de algum agente de saúde identificar sua gravidez durante uma visita domiciliar e, a partir daí, ela é captada como beneficiária de outras ações de saúde (Mello, 2014; Souto, 2008). No cenário da atenção básica, o perfil esperado nas Unidades de Saúde da Família é o da mulher adulta, mãe e heterossexual. Qualquer mulher que se distancie desse padrão hegemônico tende a ser invisibilizada ou vista com certo estranhamento, e mesmo quando encontra um ambiente mais permissivo e tolerante, pode se deparar com serviços que não são adequados nem sensíveis às suas demandas específicas (Mello, 2014; Souto, 2008).

Batista e Zambenedetti (2017) utilizaram grupos focais com mulheres lésbicas e bissexuais com o propósito de discutir estratégias de prevenção às doenças/infecções sexualmente transmissíveis (DSTs/ISTs), especialmente HIV/Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida, causada pelo vírus da imunodeficiência humana). Os resultados mostraram que a

ausência de políticas e ações de prevenção às IST-Aids para mulheres lésbicas e bissexuais está atrelada à invisibilização social desse público. As experiências relatadas evidenciam aspectos instituídos no campo da prevenção, relacionados ao caráter biomédico e prescritivo das intervenções, assim como seu viés heteronormativo, com informações que não condizem com o contexto e demandas das participantes, acentuando a dimensão programática da vulnerabilidade. (p. 49)

O que se observa com frequência é que muitas vezes os profissionais de saúde não conseguem promover um ambiente acolhedor para que mulheres bissexuais e lésbicas falem abertamente sobre sua sexualidade e se sintam à vontade para dirimir dúvidas sobre esse tema. O despreparo para lidar com as questões da sexualidade, ou mesmo o desinteresse por elas, levam os profissionais de saúde a

evitar se envolver com esse assunto (Cabral et al., 2019; Junqueira et al., 2013; Souza, Lima-Santos & Santos, 2021; Souza et al., 2019; Vieira et al., 2013).

Sem saber o que fazer, os profissionais relatam que não tiveram em sua formação oportunidades de discutir questões sobre bi ou homossexualidade e suas interfaces com a saúde. Essas barreiras levam os pesquisadores a propor que a produção de materiais informativos e formativos para profissionais de saúde precisa considerar a diversidade dos discursos, práticas e desejos encontrados no campo das sexualidades (Mello, 2014; Querino et al., 2017).

A abordagem utilizada com um profissional que apresenta atitude de maior abertura e aceitação da diversidade sexual provavelmente terá de ser diferente daquela empregada com um trabalhador da saúde que sustenta um discurso de rejeição aberta ou velada, ou franca homofobia/bifobia (Mello, 2014). Um sistema de crenças mais rígido sobre a questão da afetividade/sexualidade entre pessoas do mesmo gênero, ou que não sentem atração exclusiva por um gênero, exigem mais do que uma simples estratégia de informação, pois há aspectos afetivos e valorativos em jogo, além dos cognitivos (Tombolato et al., 2019). A proposta educativa deve mirar a formação ampla dos profissionais dentro dos preceitos do respeito à cidadania e à vida democrática, reconhecendo as/os usuárias/os do serviço como sujeitos de direitos e com autonomia para tomar suas decisões (Santos et al., 2019).

Na perspectiva da política de humanização dos serviços, os trabalhadores da saúde precisam estar sensibilizados para a necessidade de abordar as manifestações dissidentes quanto à orientação sexual e à identidade de gênero, tratando as diferenças com respeito e dignidade. Também devem ser cuidadosos e evitar invocar categorias classificatórias ao cuidarem das mulheres de minorias sexuais, já que os significados de palavras como *bissexual* ou *lésbica*, por exemplo, podem não ser os mesmos ou ter a mesma conotação para profissionais e usuárias (Barbosa & Facchini, 2009).

Para assegurar a oferta de escuta qualificada aos estratos da população que habitualmente sofrem discriminação e são marginalizados em diferentes contextos sociais (família, escola, trabalho, religião), os profissionais de saúde precisam estar atentos às questões de saúde LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros) e às políticas públicas que favorecem a inclusão dessa população nos serviços (Cardoso & Ferro, 2012). A bem da verdade, todas/os as/os usuárias/os merecem receber acolhimento adequado e respeitoso no sistema público de saúde, de modo a garantir que os demais princípios que complementam a equidade, como universalidade do acesso e integralidade, também sejam alcançados.

Do ponto de vista da gestão dos recursos, é importante que os serviços promovam um ambiente de apoio e acolhimento no qual as mulheres sintam

segurança suficiente para revelarem, caso queiram e se sintam seguras, sua orientação sexual divergente da heteronormativa. Os clínicos que sejam capazes de estabelecer um contexto permissivo e aberto ao diálogo podem auxiliar mulheres bissexuais ou lésbicas a desenvolverem suas habilidades de enfrentamento, uma condição favorecedora da saúde (Aaron & Hughes, 2007; Hughes et al., 2007).

Nas últimas décadas, percebe-se um esforço para implementar avanços em programas e políticas públicas voltados para o atendimento das necessidades específicas das populações estigmatizadas e marginalizadas devido à orientação sexual ou a identidade de gênero dissidente, como o programa Brasil sem Homofobia, a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Dentre os obstáculos encontrados para a efetivação das políticas existentes, podem ser destacados o fato de serem insuficientes, terem implementação vista ainda como empreendimento desafiador e muitas vezes não chegarem até as mulheres que delas necessitam (Albuquerque et al., 2013; Alves et al., 2020).

A partir de janeiro de 2019, com a ascensão da extrema direita à Presidência da República, assistimos a um deliberado desmonte dos dispositivos de proteção social e das políticas públicas inclusivas, pondo em marcha um movimento de refluxo dos avanços conquistados anteriormente. No rolo compressor dos retrocessos e da disseminação de discursos de ódio, instaurou-se um ambiente autoritário e hostil à proteção dos interesses das minorias, o que estimula atos de bifobia, homofobia e misoginia (Santos et al., 2020; United Nations, 2012).

As mulheres que se autoidentificam como adeptas de práticas, orientações e desejos não alinhados à heteronormatividade compõem um grupo heterogêneo, que inclui uma fração que se relaciona afetiva e sexualmente exclusivamente com outras mulheres, outro segmento que se sente atraído tanto por homens como mulheres, e aquelas que se declaram assexuais (Souza, Oliveira-Cardoso et al., 2021). A despeito dessa diversidade, o foco prioritário das pesquisas tem se voltado mais às lesbianidades, quando comparadas com os estudos dedicados à bissexualidade e, por extensão, à saúde das mulheres bissexuais. Parte substancial do conhecimento científico é produzido no circuito do sistema de pós-graduação, em diferentes áreas do conhecimento. Assim, justifica-se o interesse de mapear a produção de teses e dissertações dedicadas a essa temática, a fim de circunscrever as tendências, abrangência e focos de interesse das pesquisas produzidas pela comunidade acadêmica brasileira nas últimas décadas. Frente ao exposto, este estudo teve por objetivo analisar a produção científica nacional em nível de pós-graduação sobre a saúde de mulheres bissexuais e sua relação com os serviços de saúde.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, documental, do tipo revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa consiste num método de pesquisa que busca identificar, analisar e sistematizar os resultados de estudos primários, sintetizando as pesquisas disponíveis, com vistas a direcionar a prática fundamentada em conhecimento científico. Esse método possibilita ao pesquisador atualizar, sintetizar e discutir o conhecimento produzido sobre um determinado tema em um dado período de tempo e analisar a literatura selecionada com base na interpretação e análise crítica dos resultados de pesquisas (Carvalho et al., 2019).

Foram desenvolvidas as etapas preconizadas pela revisão integrativa: identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura com critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados por meio de um formulário bibliográfico previamente elaborado, coleta de dados, avaliação com análise crítica dos estudos incluídos na revisão, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (Carvalho et al., 2019).

A busca foi norteada pela pergunta: Qual é o status da produção científica nacional, no âmbito da pós-graduação, a respeito da saúde de mulheres bissexuais e sua relação com os serviços de saúde? A coleta dos dados foi realizada por meio de consulta ao Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), utilizando os termos, extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings Section (MESH), “bissexualidade”, “bissexual” e “lésbica” para realizar uma busca sistemática nesse catálogo. A opção por incluir na estratégia de busca a palavra “lésbica” como termo indexado justifica-se porque foram encontradas, com expressiva frequência, pesquisas que não explicitavam a bissexualidade no título ou nas palavras-chave, porém mencionavam mulheres bissexuais no resumo.

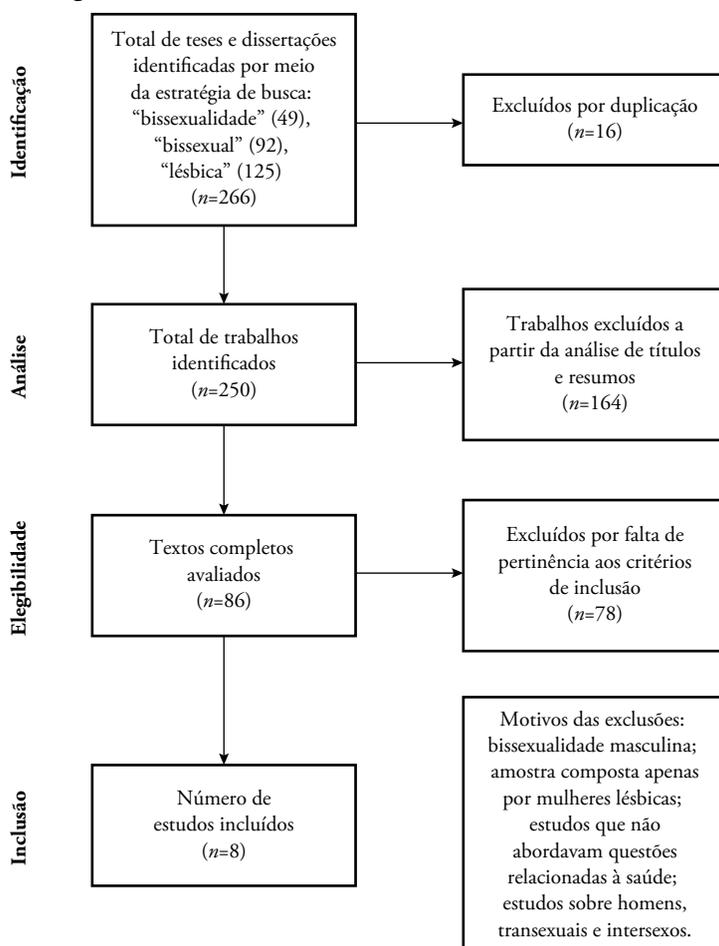
Não houve restrição temporal para a seleção dos estudos; a busca foi realizada no mês de março de 2021. A plataforma utilizada indexa dissertações e teses a partir do ano de 1992. Devido às características de acesso ao Catálogo, foram utilizadas estratégias combinadas de diferentes formas com o propósito de contemplar uma busca abrangente, tendo como eixo norteador a pergunta do estudo e os critérios de inclusão estabelecidos.

Na pesquisa bibliográfica foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (1) estudos redigidos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa; (2) que abordavam o tema da saúde de mulheres bissexuais e/ou sua relação com os servi-

ços; (3) que estivessem disponibilizados na íntegra; (4) que veiculavam resultados empíricos; (5) que tinham como foco exclusivo as mulheres de minorias sexuais. Os critérios de exclusão adotados foram: (1) estudos que apenas tangenciavam o tema investigado, e que, ao serem examinados detidamente, mostravam-se distantes do objetivo definido por esta revisão; (2) estudos de revisão de literatura; (3) pesquisas sobre homens (bissexuais, homossexuais, transexuais ou intersexos); (4) que não responderam ao objetivo desta revisão.

A Figura 1 apresenta o fluxograma da revisão, delineado de acordo com as diretrizes PRISMA (Moher et al., 2009).

Figura 1 — Diagrama de fluxo do processo de busca e seleção das teses e dissertações da revisão integrativa de acordo com as diretrizes PRISMA



Concluída a leitura dos títulos e resumos por dois avaliadores experientes, com expertise em estudos no campo da sexualidade e gênero, seguiu-se a recuperação das teses e dissertações selecionadas, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos. Após atenta leitura dos títulos e resumos, procedeu-se à recuperação das dissertações e teses na íntegra. As listas, obtidas de forma independente pelos dois avaliadores, foram cotejadas e eventuais divergências foram resolvidas por consenso. Ao final desse processo de refinamento, e após eliminar os duplicados, as produções recuperadas foram examinadas na íntegra, constituindo o *corpus* da pesquisa.

Após a leitura, seguiu-se uma etapa de extração dos dados de interesse para esta revisão. Para tanto, utilizou-se um formulário apropriado para esse fim, validado por um comitê de três especialistas. O instrumento continha os seguintes itens: identificação do estudo original, autora ou autor, título da tese ou dissertação, ano da defesa, objetivo ou questão de investigação, população investigada, período de estudo, características metodológicas e resultados encontrados.

Posteriormente, as informações foram sistematizadas e compiladas em tabelas e organizadas em ordem numérica crescente por ano de publicação. Após nova leitura criteriosa pelos dois peritos, as informações extraídas das pesquisas foram organizadas e submetidas à análise temática (Minayo, 2008). Essa análise ocorreu em três etapas: (a) pré-análise, (b) exploração do material e (c) análise dos resultados obtidos. Os dados foram organizados de acordo com os conteúdos prevalentes no *corpus* investigado, que constituíram os temas posteriormente analisados.

Resultados

Do total de 266 estudos encontrados, oito preencheram os critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos para a busca bibliográfica e constituíram a amostra final. A Tabela 1 apresenta uma síntese das características mais relevantes dos trabalhos revisados: autoria, ano de defesa, nível, área/programa de pós-graduação e instituição.

Tabela 1 — Distribuição das teses e dissertações que constituem o *corpus* do estudo, segundo autoria, ano de defesa, nível, área/programa de pós-graduação, instituição, objetivo e principais contribuições (n=8)

Autoras, Ano	Nível	Área / Programa	Instituição de Ensino / Estado	Objetivo	Contribuições
Cláudia Mora Cárdenas, 2009	Mestrado	Saúde Pública	Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) / RJ	Analisar as trajetórias afetivo-sexuais de um grupo de jovens que se autodenominam <i>lésbicas</i> ou <i>bissexuais</i> , frequentadoras de espaços de sociabilidade noturna no município do Rio de Janeiro.	Os padrões de interação sexual do grupo investigado indicam que a noção de risco no âmbito homoerótico feminino tem sido pouco incorporada ao cotidiano das mulheres que se autoidentificam como <i>lésbicas</i> ou <i>bissexuais</i> . Lésbicas e bissexuais não se sentem encorajadas pelos profissionais da atenção integral à saúde da mulher a conversarem sobre sua orientação sexual. Tal invisibilidade compromete a qualidade, segurança e abrangência do atendimento, contribuindo para escamotear problemas específicos e invisibilizar seus agravos à saúde, (re)produzindo a exclusão social e a violência simbólica.
Rita Valadão, 2010	Mestrado	Saúde da Criança e da Mulher	Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) / RJ	Explorar modelos que podem explicar a invisibilidade da orientação não heteronormativa no campo da saúde da mulher.	A demarcação dos limites da normalidade pelas políticas de saúde do governo federal se dá por meio da ênfase nas vulnerabilidades a infecções e cânceres, e pelas violências e discriminações recorrentes a que estão submetidas as mulheres <i>lésbicas</i> e <i>bissexuais</i> .
Fernanda Calderaro, 2011	Mestrado	Psicologia Social	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) / SP	Compreender a atuação do governo federal, dos movimentos sociais e da academia na construção de políticas de saúde voltadas às mulheres <i>lésbicas</i> e <i>bissexuais</i> , e como elas aparecem/participam nessas ações.	

continua...

...continuação

Autoras, Ano	Nível	Área / Programa	Instituição de Ensino / Estado	Objetivo	Contribuições
Juliana Rodrigues, 2011	Mestrado	Saúde Pública	Universidade de São Paulo (USP) / SP	Compreender como as construções de gênero se fazem presentes nas relações homoafetivas entre mulheres e no cuidado à saúde sexual.	A ideia de que todas as mulheres mantêm relações heterossexuais ainda impregna as práticas médicas, e essa naturalização constitui importante barreira para o oferecimento de atendimento humanizado, que opere em consonância com o respeito aos direitos humanos e à diversidade e liberdade sexual.
Rita Salino, 2017	Mestrado	Desenvolvimento Territorial Sustentável	Universidade Federal do Paraná (UFPR) / PR	Investigar a relação que as mulheres estabelecem com seu trabalho, com foco nas interseções entre diversidade sexual, vivências profissionais e desenvolvimento humano e sustentável.	O trabalho pode constituir um espaço limitador da autonomia feminina, uma vez que, frequentemente, restringe o direito das mulheres homo e bissexuais de verem asseguradas suas liberdades substantivas e de viverem de acordo com seus próprios valores e convicções pessoais. Assim, a atividade laboral pode implicar certos entraves para o desenvolvimento humano e sustentável de mulheres com orientação sexual abertamente homo ou bissexual.
Juliana Rodrigues, 2018	Doutorado	Saúde Coletiva	Universidade de São Paulo (USP) / SP	Analisar como as mulheres lésbicas e bissexuais vivenciam a sexualidade e experienciam os cuidados de saúde em geral e de saúde sexual em particular.	As dificuldades relatadas por mulheres bissexuais e lésbicas na consulta ginecológica variam desde receios quanto à exposição de sua orientação sexual até a não validação de sua sexualidade, quando sua vivência sexual com mulheres é classificada como ausência de vida sexual (<i>não sexo</i>) pelo profissional de saúde que a atende.

continua...

...continuação

Autoras, Ano	Nível	Área / Programa	Instituição de Ensino / Estado	Objetivo	Contribuições
Maria Silveira, 2018	Mestrado	Saúde Coletiva	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) / RJ	Explorar a construção da bissexualidade como uma identidade política entre mulheres.	Mesmo entre as lésbicas que defendem uma posição política de fazer alianças com mulheres bissexuais, os discursos acerca do lugar atribuído à bissexualidade reforçam a noção de que o espaço político criado pelas alianças seria destinado ao debate de questões pertinentes às relações e ao desejo por mulheres. Assim, se as bissexuais necessitam conversar sobre suas relações afetivo-sexuais com homens, deveria ser criado um espaço de escuta específico para acolher essas preocupações, incluindo suas contradições, expectativas e riscos envolvidos.
Gesiany Farias, 2019	Mestrado	Enfermagem no Contexto Amazônico	Universidade Federal do Pará (UFPA) / PA	Caracterizar os discursos de enfermeiros/as que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belém, PA, sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres lésbicas.	Caracterizar o discurso dos/as profissionais se mostrou fundamental para delinear estratégias para a diminuir ou erradicar algumas das fragilidades encontradas, tais como o viés da heteronormatividade na assistência em saúde, a falta de capacitação profissional nas questões relacionadas à sexualidade, os estereótipos sociais que recaem sobre a existência lésbica e os desafios da assistência em saúde sexual e reprodutiva.

Delinear os temas subjacentes às teses e dissertações revisadas permitiu dar visibilidade aos eixos que nortearam o desenvolvimento dos estudos, bem como inferir as preocupações que motivaram as pesquisas. Também permitiu relacionar os temas investigados com as potenciais contribuições e dificuldades identificadas. Os temas abordados na tese e nas dissertações analisadas foram: (1) Saúde sexual e IST/DST (quatro estudos); (2) Encontro com profissionais de saúde (três estudos); (3) Visão de profissionais de saúde (dois estudos); (4) Invisibilidade das bissexualidades femininas (dois estudos); (5) Políticas e programas de saúde (dois estudos); (6) Saúde mental (dois estudos).

O maior número de estudos encontrados versou sobre o tema “saúde sexual e IST/DST”, contemplado por quatro dissertações de mestrado (Calderaro, 2011; Mora Cárdenas, 2009; Rodrigues, 2011; Silveira, 2018). Nessas pesquisas, observa-se que as mulheres que se declaram bissexuais são consideradas por mulheres que se autoidentificam como lésbicas como um “grupo de risco” para IST/DST, pelo fato de também se relacionarem com homens, que são vistos como os principais vetores de transmissão das doenças. Essa percepção, além de ser discriminatória, é altamente estigmatizante. Algumas participantes dos estudos relataram que não se relacionavam com mulheres bissexuais por acreditarem que existe um risco aumentado de contaminação caso se envolvessem sexualmente com elas. A bifobia, expressão ou ato de discriminação contra pessoas bissexuais, usualmente é manifestada por pessoas heterossexuais; porém, também é encontrada dentro do próprio movimento LGBTQIA+, por pessoas que não consideram a bissexualidade como orientação sexual válida. Para essas pessoas, só se pode ser lésbica, *gay* ou heterossexual, e há, por parte de algumas, uma forte desconfiança e *patrulhamento* dirigido àquelas que revelam sentir atração por mulheres e homens.

As participantes bissexuais relataram acreditar que mulheres têm menos necessidades sexuais do que homens, o que pode fazer com que busquem menos cuidados relacionados à saúde sexual e, assim, acabem se expondo mais às DSTs (Rodrigues, 2011). Por outro lado, as mulheres bissexuais que participaram da pesquisa de Mora Cárdenas (2009) relataram o hábito de levar preservativos consigo e também utilizar, em suas práticas sexuais, de outras medidas de proteção contra ISTs.

O tema “encontro com profissionais de saúde” abarcou três estudos, uma tese (Rodrigues, 2018) e duas dissertações (Rodrigues, 2011; Valadão, 2010). Foi observado que muitas mulheres bissexuais acabam não procurando os serviços de saúde devido a experiências prévias negativas, nas quais se sentiram expostas a preconceito e discriminação pela orientação sexual. As participantes relataram

que não se sentiam confortáveis em revelar ao médico que também mantêm ou já mantiveram relações com mulheres; também não se sentiam à vontade para falar abertamente sobre esses relacionamentos com o profissional (Rodrigues, 2011; Valadão, 2010). Como os profissionais não perguntam, elas também percebem que não há interesse deles em conhecer suas práticas sexuais, então elas não desvelam (não “abrem”) sua intimidade sexual.

Muitas mulheres reconheceram que as consultas médicas são estratégias de autocuidado das quais não podem fugir, mas admitiram que esse momento não era confortável nem acolhedor. Dependendo do profissional que as atendem e do nível de preconceito percebido, as mulheres bissexuais podem preferir assumir uma orientação homo ou heterossexual. O fato de algumas participantes preferirem não revelar sua orientação bissexual está relacionada à ideia difundida no senso comum de que a bissexualidade seria apenas uma fase passageira e que em algum momento a mulher amadurecerá e decidirá por se relacionar unicamente com homens ou com mulheres.

Esse é um dos preconceitos mais disseminados em relação à bissexualidade. A bifobia faz com que pessoas bissexuais sejam tachadas de volúveis e indecisas. Também existe uma ideia cristalizada de que pessoas bissexuais são confusas e promíscuas, o que faz com que a não revelação da orientação sexual persista como estratégia defensiva ante a recriminação e humilhação (Rodrigues, 2018). Por vezes, a pessoa bissexual sofre mais intolerância e rejeição do que a homossexual. Também há incompreensão por parte da família.

As quatro temáticas restantes foram identificadas em dois estudos cada: “visão de profissionais de saúde”, “invisibilidade das bissexualidades femininas”, “políticas e programas de saúde” e “saúde mental”.

Sobre a temática “visão de profissionais de saúde”, que englobou duas dissertações (Farias, 2019; Rodrigues, 2011), observa-se a ênfase na valorização da “neutralidade” e da normatividade técnica por parte de profissionais de saúde, que buscam se respaldar nos conhecimentos e pesquisas da área biomédica, por vezes para disfarçar a insegurança e as dificuldades em relação ao tema. Tais profissionais oferecem suas intervenções de forma prescritiva e muitas vezes sem considerar especificidades do contexto de vida e das necessidades cotidianas das usuárias.

Para uma efetiva promoção de saúde, não se podem desconsiderar os efeitos deletérios da bi e homofobia, das desigualdades de gênero, da discriminação e do machismo, que constituem vivências cotidianas de mulheres bissexuais, bem como de outras minorias sexuais (Rodrigues, 2011), e que se reproduzem nos serviços de saúde. Nesse sentido, Farias (2019) argumenta que os trabalhadores

da saúde acabam ficando tolhidos durante as consultas, focando excessivamente o risco de mulheres heterossexuais, lésbicas e bissexuais de contrair as mesmas doenças do ponto de vista fisiológico. Com isso, negligenciam que também existem outros fatores – sociais, emocionais e de estereótipos de gênero – que influenciam a saúde da mulher e o processo de adoecimento.

O tema da “invisibilidade das bissexualidades femininas”, abordado em uma tese (Rodrigues, 2018) e uma dissertação (Valadão, 2010), revelou que a invisibilidade das mulheres bissexuais nos serviços de saúde implica não acolhimento de suas necessidades, exclusão dos serviços, postergação da procura por atendimento e agravamento de seus quadros clínicos, e reprodução de violência simbólica. Os estudos elucidaram que os modelos que organizam a atuação dos profissionais de saúde muitas vezes reforçam a invisibilidade. A preocupação com a inclusão da sexualidade durante a formação acadêmica é amplamente negligenciada. Questões de orientação sexual aparecem de maneira esparsa e em poucos cursos de nível superior, e são poucos os códigos de ética que abordam os direitos e deveres dos profissionais em relação a essa temática (Valadão, 2010).

Outro estudo (tese) constatou que mulheres bissexuais e lésbicas eram sistematicamente invisibilizadas não apenas nos serviços de saúde, como também no campo da medicina de maneira geral (Rodrigues, 2018). A autora argumenta que a invisibilidade da mulher bissexual está relacionada ao binarismo que organiza e hierarquiza as categorias de sexo e gênero. Se a mulher é vista com outra mulher, ela é tida como homossexual; se é vista ao lado de um homem é tida como heterossexual. A possibilidade de ser bissexual não é sequer concebida e acaba ficando invisível nessa dicotomia, pois não corresponde nem a um nem a outro extremo do espectro binário. A mulher bissexual quebra expectativas criadas e perpetuadas pelo binarismo e pela heterossexualidade compulsória (Rich, 1980). Ela mostra que a sexualidade humana é mais fluida do que o senso comum está disposto a admitir, e que as categorias existentes são insuficientes para abarcar os desejos e práticas, plurais por definição, e que podem ser mutáveis ao longo da trajetória individual.

Sobre as “políticas e programas de saúde”, observa-se em duas dissertações (Mora Cárdenas, 2009; Valadão, 2010) que, apesar de as mulheres bissexuais terem assegurado, na letra das políticas de saúde, o direito de ter suas demandas de saúde atendidas, o campo das práticas de saúde ainda não foi capaz de incorporar satisfatoriamente tais necessidades. Como avançar nessa questão? A ideia é que se possa transformar o *habitus* que exclui as mulheres bissexuais em *habitus* que as inclui nos serviços de saúde, por meio da articulação e da

aliança estratégica entre o discurso científico, o campo das políticas públicas e os movimentos sociais (Valadão, 2010).

Mora Cárdenas (2009) observou uma tendência nas trajetórias eróticas e afetivas das participantes de seguirem uma lógica de proteção contra DSTs/HIV, mas destacou a inconsistência entre práticas e identidades sexuais. Essas questões evidenciam os desafios que precisam ser enfrentados na definição de políticas de prevenção em saúde sexual entre mulheres que vivenciam sexualidades contra-normativas. Para a autora, alguns dos temas que os programas educacionais sobre saúde sexual voltados para jovens com trajetórias ou identidades não heteronormativas devem considerar são a difusão de mensagens adequadas sobre práticas sexuais e relação com HIV/Aids, a discussão em torno da necessidade de ações voltadas para a prática do “sexo seguro” entre mulheres, aconselhamento e realização do teste de HIV e tomada de decisão buscando maximizar a dupla proteção nas práticas heterossexuais.

Por fim, abordando o tema “saúde mental”, foram identificadas duas dissertações (Salino, 2017; Silveira, 2018). Uma delas (Silveira, 2018) constatou que a saúde mental das mulheres bissexuais tende a ser mais precária do que a das lésbicas, uma vez que as bissexuais apresentam menos laços de sociabilidade e encontram menos acolhimento dentro dos próprios grupos LGBTQIA+. No campo laboral, outro estudo (Salino, 2017) constatou que pessoas adultas passam grande parte de suas vidas trabalhando e, portanto, o trabalho constitui uma categoria importante na determinação social da saúde. A autora sustenta que as mulheres bissexuais vivenciam diversos tipos de violências em seus ambientes de trabalho e que essas agressões recorrentes causam danos à saúde física e mental dessa população, agravando os riscos. Ainda existem poucas pesquisas sobre a saúde mental – e saúde de modo geral – de mulheres bissexuais (Salino, 2017; Silveira, 2018), o que representa um ponto crítico e uma significativa limitação para a superação das barreiras de acesso a serviços de qualidade, sensíveis à diversidade e inclusivos.

Discussão

As lacunas identificadas no cuidado em saúde oferecido às mulheres bissexuais decorrem de um processo mais amplo e historicamente determinado de violações sistemáticas de direitos humanos que afetam as minorias sexuais e impactam negativamente sua saúde e bem-estar psicológico (Calde-raro, 2011; Cardoso & Ferro, 2012; Mello, 2014; Rodrigues, 2018; Silveira,

2018). A discriminação sexual se sustenta em dispositivos de exclusão, que alimentam as restrições que esse segmento encontra no acesso às oportunidades de educação e saúde, uma vez que as agências responsáveis pela socialização (família, escola, trabalho, religião, serviços de saúde) não são preparadas para fornecer acolhimento e apoio adequados, condenando ou ignorando experiências diversas da heteronormatividade (Almeida, 2010). Nos serviços de saúde, a existência da bissexualidade feminina é amplamente invisibilizada. Sua negação por parte dos profissionais impede que sejam obtidas informações específicas desse grupo dito minoritário, o que inviabiliza a oferta de ações e programas condizentes com as necessidades de mulheres pertencentes às minorias sexuais.

O baixo nível de sensibilização aos direitos de saúde da população LGBTQIA+ é materializado pelos elevados índices de preconceito e discriminação a que essas pessoas são expostas em diferentes instâncias da vida social devido à sua orientação sexual. Há formas persistentes de discriminação e violência, mais ostensivas ou mais veladas, que se naturalizaram devido aos estereótipos sociais da sexualidade pautada na premissa da heteronormatividade. Além disso, os cuidados prestados a essa população podem ser desencorajados ou seriamente afetados por estereótipos sexuais e de gênero (Cardoso & Ferro, 2012; Palma & Orcasita, 2018).

Um desafio que se apresenta à integralidade do cuidado é como superar a bifobia, uma das barreiras invisíveis de acesso aos serviços de saúde, que muitas vezes se expressa de forma sutil e oblíqua. Os achados extraídos dos estudos incluídos nesta revisão são congruentes com os resultados obtidos por outras pesquisas, que sugerem o descompasso entre o conhecimento adquirido sobre HIV/Aids e a efetiva mudança necessária nas práticas que põem as mulheres em risco de contrair o vírus. Verificou-se que as participantes tinham algum conhecimento geral sobre o HIV e suas vias de transmissão e, inclusive, foram identificadas certas mudanças em suas atitudes em relação à prevenção. No entanto, constatou-se desconhecimento sobre práticas específicas, sobre dados epidemiológicos acerca de mulheres bissexuais e lésbicas e sobre os diversos meios de prevenção disponíveis, o que as coloca em sério risco (Barbosa & Facchini, 2009; Palma & Orcasita, 2018).

Nas dissertações revisadas (Calderaro, 2011; Mora Cárdenas, 2009; Rodrigues, 2011; Silveira, 2018) constatou-se conhecimento parcial a respeito de como se contrai o HIV e outras ISTs, pois muitas vezes a ideia predominante é a de que apenas o relacionamento com mulheres bissexuais poderia trazer algum risco de contaminação, já que elas também mantêm práticas

sexuais com homens, enquanto que as lésbicas teoricamente estariam protegidas contra a infecção por essas doenças infectocontagiosas por se relacionarem exclusivamente com mulheres. Na realidade, as ISTs podem acometer pessoas de qualquer gênero e orientação sexual, embora afetem mais as pessoas que estão vulnerabilizadas e têm sua saúde negligenciada, como é o caso da população LGBTQIA+.

Além disso, os profissionais de saúde têm um viés heteronormativo e não estão capacitados a compreender as particularidades das mulheres bissexuais, o que acaba invisibilizando-as ainda mais nos atendimentos. Isso faz com que os serviços de saúde sejam vistos por essas mulheres como locais pouco amistosos, que reproduzem preconceitos e reforçam estereótipos sexistas e de gênero (Farias, 2019; Rodrigues, 2011, 2018; Valadão, 2010). A literatura científica sofre escassez de pesquisas sobre a formação de profissionais de saúde para o cuidado de indivíduos do espectro LGBTQIA+ de forma competente e humanizada (Dullius et al., 2019). Assim, observa-se uma urgência na qualificação e sensibilização desses profissionais no que diz respeito à atenção em saúde a essa população, de modo a assegurar a equidade e qualidade dos serviços oferecidos (Albuquerque et al., 2013; Dullius & Martins, 2020). Os achados deste estudo são congruentes ao apontarem a necessidade de investir na adequada capacitação dos profissionais de saúde, a começar pelos cursos de graduação. Fatores culturais e educacionais, estigma e discriminação configuram barreiras ao cuidado humanizado, além de impactarem a saúde mental de quem enfrenta diuturnamente experiências de desrespeito, rejeição e exclusão nos ambientes de saúde (Rodrigues, 2011; Salino, 2017; Silveira, 2018; Valadão, 2010).

Alguns países restringem legalmente o direito dos grupos de transgêneros, lésbicas, *gays* ou trabalhadores do sexo de se registrarem como associações; outros promulgam leis que criminalizam suas práticas, desejos e discursos, violando seus direitos de cidadania – entre eles o direito à liberdade de expressão. Essas opressões e medidas coercitivas afetam a capacidade de enfrentamento diante dos atos de violência e intimidação, aumentando a vulnerabilidade aos agravos e os riscos de exposição ao HIV/Aids e outras doenças. As questões de relevo para a promoção da saúde sexual são componentes importantes do bem-estar psicológico (WHO, 2015). Portanto, precisam ser incorporadas no cuidado ao segmento formado por mulheres bissexuais.

Tanto a nível internacional como regional, os tribunais e organismos de defesa dos direitos humanos consideraram que leis restritivas constituem violações aos direitos fundamentais de expressão, associação e proteção contra a discriminação. Nas decisões tomadas, o princípio básico de assegurar os direitos de par-

tipificação na sociedade às pessoas LGBTQIA+ tem sido continuamente afirmado (WHO, 2015). Metade dos estudos revisados (Calderaro, 2011; Mora Cárdenas, 2009; Rodrigues, 2011; Silveira, 2018) destacou a questão da saúde sexual como temática emergente de interesse de pesquisa e apontou para a importância do conhecimento produzido no sistema de pós-graduação para o planejamento de ações de cuidado para mulheres em situação de vulnerabilidade.

De acordo com a WHO (2015), nas últimas três décadas houve uma expansão acelerada da aplicação dos direitos humanos à sexualidade e às questões de saúde sexual, particularmente em relação à proteção contra a discriminação e violência, à defesa da liberdade de expressão e associação, à garantia da inviolabilidade da privacidade e de outros direitos fundamentais de pessoas homo/bissexuais, transexuais e intersexuais, adolescentes e outros grupos populacionais. Isso resultou na produção de um conjunto substancial de normas de direitos humanos que visam à promoção da saúde sexual e dos direitos humanos. Os Estados nacionais assumiram compromissos legais e políticos de proteger a saúde das pessoas, incluindo sua saúde sexual, por meio da aplicação de princípios de direitos humanos, expressos por meio de leis e políticas nacionais e de sua implementação igualitária, reconhecendo que os princípios de direitos humanos têm um forte papel a desempenhar na promoção e proteção da saúde sexual. Todavia, as teses e dissertações (Mora Cárdenas, 2009; Rodrigues, 2011, 2018; Silveira, 2018; Valadão, 2010) evidenciam a enorme lacuna, no Brasil, de políticas públicas e pesquisas científicas voltadas à saúde de mulheres bissexuais.

Considerações finais

Para investigar as questões relacionadas à saúde de mulheres bissexuais, foram desenvolvidos nas últimas décadas estudos, majoritariamente com delineamento qualitativo, que focalizaram a saúde e o bem-estar sexual das mulheres que mantêm relações afetivas e sexuais com mulheres e homens. As investigações se propuseram a compreender como essa questão se apresenta dentro dos serviços de saúde e como seu silenciamento e invisibilização podem impactar o cuidado e o autocuidado em saúde. Alguns achados chamam a atenção, tais como a evidência de que os/as profissionais de saúde ainda não estão preparados/as para cuidar, na perspectiva da integralidade, de mulheres que estão em desconformidade com o padrão heteronormativo. Há evidências de que a discriminação que permeia esses serviços tem prejudicado o atendimento focado nas reais necessidades das usuárias.

O foco principal das teses e dissertações recaiu sobre as questões relacionadas à saúde sexual de mulheres bissexuais, constatando que elas ainda estão pautadas em uma visão biologizante da sexualidade. Isso fortalece preocupações e crenças a respeito das infecções sexualmente transmissíveis, principalmente em relação ao HIV/Aids, negligenciando as violências decorrentes da intolerância cotidiana, dos preconceitos e da discriminação sofrida por orientação sexual. As pesquisas referendam a necessidade de estudos futuros que enfatizem uma leitura interseccional, levando em consideração a combinação dos efeitos perversos do atravessamento por diversas subordinações, como a discriminação por orientação sexual e gênero, cor/raça, classe social, geração e local de moradia.

Cada pessoa vive a bissexualidade à sua maneira. A dupla condição de subordinação (ser mulher e ser bissexual) faz com que os programas de cuidados em saúde necessitem ser projetados considerando tais especificidades que se potencializam. Os resultados apontam para as fissuras persistentes na política pública de saúde voltada para mulheres bissexuais. São destacadas questões contemporâneas que desafiam a construção e a efetividade da implementação de políticas públicas, necessárias para fortalecer as experiências concretas de enfrentamento às iniquidades em saúde, conforme preconizado nos dispositivos regulatórios.

Referências

- Aaron, D. J.; Hughes, T. L. (2007). Association of childhood sexual abuse with obesity in a community sample of lesbians. *Obesity*, 15(4), 1023-1028. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.634>
- Albuquerque, G. A.; Garcia, C. L.; Alves, M. J. H.; Queiroz, C. M. H. T.; Adami, F. (2013). Homossexualidade e o direito à saúde: Um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 37(98), 516-524. <https://www.scielo.br/j/sdeb/al/JhwFvPRq3LCSQTqkLgtHZ7f/>
- Alexandre, V.; Santos, M. A. (2019). Experiência conjugal de casal cis-trans: Contribuições ao estudo da transconjugalidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(spe3), e228629, 75-87. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228629>
- Alexandre, V.; Santos, M. A. (2021). Conjugalidade cis-trans: Reinventando laços, desestabilizando certezas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, e224044, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003224044>
- Almeida, M. V. (2010). Orientação sexual e direitos humanos universais. In: M. V. Almeida (Org.). *A chave do armário: Homossexualidade, casamento, família*, p. 25-43. UFSC. <http://www.generoediversidade.ufba.br/wp-content/uploads/2014/07/VALE-DE-ALMEIDA-Miguel.-Orienta%C3%A7%C3%A3o-sexual-e-direitos-humanos-u.pdf> (acessado 02/11/2023)

- Alves, I. G.; Moreira, L. E.; Prado, M. A. M. (2020). Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: Política, movimento e heteronormatividade. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(3), 145-161. <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1072>
- Barbosa, R. M.; Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(sup2), s291-s300. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400011>
- Batista, M. C. H.; Zambenedetti, G. (2017). Uma pesquisa-intervenção sobre prevenção às IST/HIV com mulheres lésbicas e bissexuais. *Psicologia em Pesquisa*, 11(2), 42-50. <https://periodicos.ufrf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/23455/>
- Braga, I. F.; Santos, M. A.; Farias, M. S.; Ferriani, M. G. C.; Silva, M. A. I. (2018). As múltiplas faces e máscaras da heteronormatividade: Violências contra adolescentes e jovens homossexuais brasileiros. *Salud & Sociedad*, 9(1), 52-67. <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2868/>
- Cabral, K. T. F.; Pereira, I. L.; Almeida, L. R.; Nogueira, W. B. A. G.; Silva, F. V.; Costa, L. F. P.; Jales, R. D.; Almeida, S. A. (2019). Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 13(1), 79-85. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006037>
- Calderaro, F. (2011). *Políticas de saúde voltadas às lésbicas: Um estudo sobre as possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade* (dissertação de mestrado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/16942/>
- Cardoso, M. R.; Ferro, L. F. (2012). Saúde e população LGBT: Demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 552-563. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300003>
- Carvalho, L. F.; Pianowski, G.; Santos, M. A. (2019). Guidelines for conducting and publishing systematic reviews in psychology. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 36, e180144. <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e180144>
- Dullius, W. R.; Martins, L. B. (2020). Training needs measure for health care of the LGBT+ public. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 30, e3034. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3034>
- Dullius, W. R.; Martins, L. B.; Cesnik, V. M. (2019). Systematic review on health care professionals' competencies in the care of LGBT+ individuals. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 36, e180171. <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e180171>
- Farias, G. M. (2019). *Discurso dos(as) enfermeiros(as) da atenção básica sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres lésbicas* (dissertação de mestrado). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém. <https://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/15685/>
- Gomes, R. (2008). *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Fiocruz.

- Herek, G. M.; Gillis, J. R.; Cogan, J. C.; Glunt, E. K. (1997). Hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults: Prevalence, psychological correlates, and methodological issues. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(2), 195-215. <https://doi.org/10.1177/088626097012002003>
- Hughes, T. L.; Johnson, T. P.; Wilsnack, S. C.; Szalacha, L. A. (2007). Childhood risk factors for alcohol abuse and psychological distress among adult lesbians. *Child Abuse & Neglect*, 31(7), 769-789. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.014>
- Hughes, T. L.; Szalacha, L. A.; McNair, R. (2010). Substance abuse and mental health disparities: Comparisons across sexual identity groups in a national sample of young Australian women. *Social Science & Medicine*, 71(4), 824-831. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.009>
- Junqueira, L. C. U.; Vieira, E. M.; Giami, A.; Santos, M. A. (2013). Análise da comunicação acerca da sexualidade, estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no contexto assistencial do câncer de mama. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 17(44), 89-101. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100008>
- Lewis, R. J.; Padilla, M. A.; Milletich, R. J.; Kelley, M. L.; Winstead, B. A.; Lau-Barraco, C.; Mason, T. B. (2015). Emotional distress, alcohol use, and bidirectional partner violence among lesbian women. *Violence Against Women*, 21(8), 917-938. <https://doi.org/10.1177/1077801215589375>
- Mello, A. P. L. (2014). Panorama da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: Um olhar a partir do discurso de profissionais de saúde da família. In: Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais*, p. 19-23. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2014/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf> (acessado 02/11/2023)
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Princípios e diretrizes*. Ed. MS. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf (acessado 02/11/2023)
- Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D. G.; The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mora Cárdenas, C. M. (2009). *Vulnerabilidad al VIH/Sida: Sociabilidad y trayectorias de mujeres jóvenes con prácticas homoeróticas en Rio de Janeiro* (dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2376/> (acessado 02/11/2023)

- Palma, D. M.; Orcasita, L. T. (2018). 'La solución es la tijera' (The solution is scissors): Sexual health programme oriented to lesbian and bisexual women. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 34, e34419. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34419>
- Querino, M. S.; Almeida, S. S.; Oliveira, S. C. S.; Umann, J.; Moraes Filho, I. M. (2017). Ações da equipe de enfermagem na implementação da política de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: Revisão de literatura. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires (REVISA)*, 6(1), 46-58. <http://revistafacessa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/2771>
- Rich, A. (1980). Compulsory heterosexuality and lesbian existence. In: A. Rich, *Blood, bread, and poetry: Selected prose 1979-1985*, p. 65-87. Norton. <https://www.jstor.org/stable/3173834>
- Rodrigues, J. L. (2011). *Esteretótipos de gênero e cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais* (dissertação de mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP). <https://doi.org/10.11606/D.6.2011.tde-30102013-161035>
- Rodrigues, J. L. (2018). *Lésbicas e mulheres bissexuais: Uma leitura interseccional do cuidado à saúde* (tese de doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP). <https://doi.org/10.11606/T.5.2019.tde-21032019-105431>
- Salino, R. E. (2017). *Mulheres e trabalho: Diversidade sexual, vivências profissionais e desenvolvimento* (dissertação de mestrado). Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Matinhos. <https://hdl.handle.net/1884/47335>
- Santos, M. A.; Oliveira, W. A.; Oliveira-Cardoso, É. A. (2020). Inconfidências de abril: Impacto do isolamento social na comunidade trans em tempos de pandemia de covid-19. *Psicologia & Sociedade*, 32, e020018. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240339>
- Santos, M. A.; Souza, R. S.; Lara, L. A. S.; Risk, E. N.; Oliveira, W. A.; Alexandre, V.; Oliveira-Cardoso, E. A. (2019). Transexualidade, ordem médica e política de saúde: Controle normativo do processo transexualizador no Brasil. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(1), 3-19. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n1p03>
- Schraiber, L. B.; Figueiredo, W. S.; Gomes, R.; Couto, M. T.; Pinheiro, T. F.; Machin, R.; Silva, G. S. N.; Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: Atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5), 961-970. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500018>
- Silveira, M. L. A. (2018). *Os unicórnios no fim do arco-íris: Bissexualidade feminina, identidades e política no Seminário Nacional de Lésbicas e Mulheres Bissexuais* (dissertação de mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). <https://www.bdtd.uerj.br/handle/1/4449/>
- Soares, M.; Feijó, M. R.; Valério, N. I.; Siquieri, C. L. S. M.; Pinto, M. J. C. (2011). O apoio da rede social a transexuais femininas. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21(48), 83-92. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000100010>

- Souto, K. M. B. (2008). A política de atenção integral à saúde da mulher: Uma análise de integralidade e gênero. *SER Social*, 10(22), 161-182. https://doi.org/10.26512/ser_social.v10i22.12950
- Souza, C.; Lima-Santos, A. V.; Santos, M. A. (2021). Relatos do silêncio: A invisibilização de mulheres lésbicas nos serviços de saúde em uma perspectiva foucaultiana. In: A. C. Bortolozzi; P. R. M. Ribeiro; F. Teixeira; I. Chagas; T. Vilaça; P. O. S. P. Mendes; S. M. M. Melo; C. R. Rossi; I. P. Martins (Orgs.). *Questões sobre sexualidade e educação sexual: Novos paradigmas e horizontes*, p. 273-282. Gradus. https://www.researchgate.net/publication/357989775_Relatos_do_silencio_a_invisibilizacao_de_mulheres_lesbicas_nos_servicos_de_saude_em_uma_perspectiva_foucaultiana (acessado 02/11/2023)
- Souza, C.; Oliveira-Cardoso, E.; Oliveira, W.; Nascimento, L.; Araújo, J.; Leite, A. C.; Neris, R.; Risk, E.; Braga, I.; Santos, M. A. (2021). Violência contra mulheres lésbicas/bissexuais e vulnerabilidade em saúde: Revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(1), 437-453. https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&cpid=S1645-00862021000200437
- Souza, L. V.; Moscheta, M. S.; Scorsolini-Comin, F. (2019). Public conversations group as resource against LGBT violence. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 29, e2905. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2905>
- Tombolato, M. A.; Maia, A. C. B.; Santos, M. A. (2019). A trajetória de adoção de uma criança por um casal de lésbicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e3546. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3546>
- United Nations (2012). *Born free and equal: Sexual orientation and gender identity in international human rights law*. <https://acnudh.org/wp-content/uploads/2012/10/BornFreeAndEqualLowRes.pdf> (acessado 02/11/2023)
- Valadão, R. C. (2010). *A homossexualidade feminina no campo da saúde: Da invisibilidade à violência* (dissertação de mestrado). Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Vieira, E. M.; Ford, N. J.; Santos, M. A.; Junqueira, L. C. U.; Giami, A. (2013). Representations of nurses regarding sexuality of women treated for breast cancer in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2049-2056. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158512>
- WHO – World Health Organization (2015). *Sexual health, human rights and the law*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564984> (acessado 02/11/2023)

Recebido em 28 de abril de 2021

Aceito para publicação em 14 de julho de 2023

PSICANÁLISE E O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO
NUM CONTEXTO AMPLIADO: UMA REFLEXÃO
SOBRE O USO DOS INDICADORES DE RISCO
PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

*PSYCHOANALYSIS AND THE DIAGNOSIS OF AUTISM IN
AN EXPANDED CONTEXT: A CONSIDERATION ABOUT THE USE
OF THE RISK INDICATORS FOR CHILD DEVELOPMENT*

*PSICOANÁLISIS Y EL DIAGNOSTICO DEL AUTISMO EN UN
CONTEXTO AMPLIADO: UNA REFLEXIÓN ACERCA DEL USO DE LOS
INDICADORES DE RIESGOS PARA EL DESARROLLO INFANTIL*

Thaysa Silva dos Santos ⁽¹⁾

Cristiana Carneiro ⁽²⁾

RESUMO

O presente artigo empreende uma discussão acerca do diagnóstico de autismo na clínica ampliada, a partir dos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), um instrumento construído por pesquisadores brasileiros para o cuidado de crianças pequenas. Mediante seis entrevistas semiestruturadas com psicanalistas que se ocupam com o autismo em dispositivos de saúde, examinamos os possíveis efeitos do uso desses indicadores. Concluímos este trabalho com o entendimento de que o uso desse instrumento precisa ser pensado com cautela no que concerne à patologização da infância; por outro lado, consideramos que é uma interessante estratégia para o trabalho do psicanalista em equipes multiprofissionais no contexto ampliado.

Palavras-chave: diagnóstico; autismo; clínica ampliada; IRDI; psicanálise.

⁽¹⁾ Mestre pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), RJ, Brasil. email: thaysasantos.psi@gmail.com

⁽²⁾ Pós-doutora pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), RJ, Brasil. email: cristianacarneiro13@gmail.com

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

This article discusses the diagnosis of autism in the extended clinic, based on the Risk Indicators for Child Development (IRDI), an instrument developed by Brazilian researchers for the care of little children. By means of six semi-structured interviews with psychoanalysts who work with the autism in health services, we ponder about the possible effects of using these indicators. We conclude that the use of this instrument needs to be taken cautiously with regard to the pathologization of the children; on the other hand, we consider it to be an interesting strategy for the work of psychoanalysts in multidisciplinary teams in an expanded context.

Keywords: diagnosis; autism; expanded clinic; IRDI; psychoanalysis.

RESUMEN

El presente artículo efectúa una discusión acerca del diagnóstico del autismo en la clínica ampliada, desde los Indicadores de Riesgo para el Desarrollo Infantil (IRDI), instrumento construido por investigadores brasileños para el cuidado de infantes. A través de seis entrevistas semiestructuradas con psicoanalistas que se ocupan con el autismo en dispositivos de salud, nos preguntamos sobre los posibles efectos del uso de estos indicadores. Concluimos este trabajo con la comprensión de que el uso de este instrumento necesita ser pensado con cuidado respecto a la patologización de la infancia; sin embargo, lo consideramos como una interesante estrategia para el trabajo del psicoanalista en equipos multidisciplinarios en el contexto ampliado.

Palabras clave: diagnóstico; autismo; clínica extendida; IRDI; psicoanálisis.

Introdução

Em meio à ebulição de casos de autismo e às particularidades vivenciadas no contexto da clínica ampliada, que trabalha inserção da psicanálise nos mais diferentes dispositivos, como a escola, os centros de atenção psicossocial e os hospitais, esta pesquisa pretende ampliar a reflexão acerca do diagnóstico de autismo na atualidade. Mais especificamente, discutir a questão diagnóstica do autismo observada mediante os Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), dispositivo criado por psicanalistas brasileiros inseridos em contextos ampliados. Embora a finalidade de tal dispositivo não seja especificamente o diagnóstico de autismo, questionamo-nos se essa ferramenta pode

ser interessante para o profissional que trabalha com o público em questão. Também indagamos se o IRDI pode se constituir como alternativa ao diagnóstico de autismo, muitas vezes já proferido na infância, bem como se o instrumento é compreendido como interessante pelos profissionais que se utilizam dele e que atendem crianças não diagnosticadas. Para tentar responder a esses questionamentos, e com intenção de dar voz aos profissionais que trabalham no contexto ampliado, as pesquisadoras realizaram entrevistas semiestruturadas com psicanalistas que faziam, ou não, uso do IRDI. Surpreendentemente, ao analisar as falas *a posteriori*, foi possível depreender um efeito paralelo destacado no uso dos instrumentos: o potencial de transmissão da psicanálise dentro das equipes multiprofissionais.

O diagnóstico contemporâneo e a questão do autismo

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), denominado dessa forma a partir da quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), vem sendo apontado pela literatura acadêmica como uma das principais patologias encontradas na infância nos últimos anos, existindo até mesmo uma não comprovada “epidemia” de casos ao redor do mundo (Nahmod, 2017; Rios et al., 2015).

Kupfer et al. (2008) e Rios et al. (2015) defendem que o aumento de crianças diagnosticadas pode estar relacionado à popularização que o transtorno obteve na década de 1990. Aquela época assistiu a uma ebulição do aparecimento de personagens autistas em filmes, livros e séries televisivas, incremento que também pode ter sido responsável por propiciar que crianças menores chegassem ao tratamento, já que chamava a atenção para certos comportamentos típicos que puderam ser observados por familiares e especialistas. De acordo com a literatura, essa chegada precoce viabilizou maiores ganhos clínicos por conta da intervenção realizada num momento em que as áreas mais nobres do aparelho psíquico ainda estariam em construção, antes dos processos psicopatológicos propriamente se instalarem (Campanário & Pinto, 2006; Pereira & Laznik, 2008; Silva, 2018).

Para além do já exposto, verificamos um acréscimo constatado também pelo DSM, que, em sua quinta edição, apontava a existência de um crescimento nos diagnósticos de espectro autista. Assim, por meio de estudos epidemiológicos, o manual previa uma taxa média de casos de TEA que poderia atingir cerca de 3,25 milhões de casos nos Estados Unidos, estimativa muito maior do que a

encontrada em sua versão anterior, que presumia a existência de 487,5 mil casos de crianças diagnosticadas com o transtorno autista (APA, 2013). De acordo com Mas (2018) ao se aplicar a mesma fórmula estatística à população brasileira, os números, que antes indicariam cerca de 310,5 mil casos, na quarta edição do manual, se ampliariam para 2,7 milhões de casos após a atualização. Tais dados evidenciam que os casos diagnosticados como TEA poderiam ser encontrados em cerca de 1,5% da população mundial. No entanto, essa previsão nunca deixou claro se as taxas mais altas refletem de fato um aumento no número de casos ou se esse aumento ocorreu por conta das mudanças realizadas na metodologia do diagnóstico (APA, 2013; Mas, 2018).

Em vista disso, constatamos que o dado mais recente (Baio et al., 2018) indicava que a prevalência de autismo na população infantil era de 1 em cada 59 crianças, demonstrando mais uma vez o aumento numérico de diagnósticos, uma vez que até o ano de 2014 os números expressos pelo DSM-5 previam que uma taxa que representaria por volta de 1 em cada 68 crianças (APA, 2013). Contudo, apesar de compreendermos como preocupante os saltos numéricos apresentados, questionamo-nos se a percentagem de 1,5% da população mundial configuraria numericamente de fato uma “epidemia” de casos. Diante disso, percebemos que a discussão do aumento quantitativo dos casos de autismo mereceria uma discussão epidemiológica mais aprofundada, que, no entanto, não pode ser abordada extensivamente neste texto, embora observemos um aumento constante de diagnósticos de autismo (Almeida & Neves, 2020; APA, 2013; Baio et al., 2018).

Com relação à mudança metodológica, observamos, ao analisar a última versão do manual, que uma série de modificações podem ser facilmente verificadas. Dentre elas, destacamos a introdução da noção de espectro autista, que possibilita às manifestações da patologia que variem bastante, dependendo da gravidade da condição autística, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica. Ademais, o manual também promove o Transtorno do Espectro Autista ao posto de categoria, que agora engloba quase todos os subgrupos que antes estavam sob o guarda-chuva do Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), o que nos leva a questionar novamente sua participação no acréscimo de diagnósticos de autismos, uma vez que é a partir dessa edição do DSM que vários transtornos são incluídos sob a nomenclatura do TEA.

Para essa discussão de questões diagnósticas contemporâneas, cabe apresentar ainda o que se pode entender como espectro autista. Assim, constatamos que Lorna Wing, na década de 1980, defendia uma noção de espectro, composta de uma tríade de incapacidades, compartilhadas tanto pelo autismo clássico

quanto pela síndrome de Asperger. Tal tríade era composta por uma ausência ou limitação na interação social recíproca, na linguagem verbal ou não verbal e também nas atividades imaginativas (Ministério da Saúde, 2015). Dessa forma, na proposta da pesquisadora, a tríade poderia aparecer em um número infinito de combinações e matizes de intensidade, chegando até a normalidade. O objetivo dessa forma de pensar era o de garantir a inclusão de uma classificação psiquiátrica para todas as pessoas que apresentassem mesmo mínimas variações da tríade e não se enquadrassem nas características do autismo de Kanner. Essa ideia, a partir da década de 1980, foi amplamente difundida pela psiquiatria, influenciando, além das famílias de crianças com o diagnóstico de autismo, a psiquiatria da época e, como podemos perceber a partir do DSM-5, a da atualidade também. Dessa forma, verificamos que, se por um lado, a noção de espectro trazida pela psiquiatria e depois englobada pelo DSM veio a ser importante para se garantir o atendimento e a criação de políticas públicas para pessoas que não apresentavam os sinais clássicos do autismo (Mas, 2018), por outro, a flexibilização do diagnóstico trazida pela noção de espectro parece caminhar para uma abrangência sem limites precisos.

Segundo Silva (2018), a noção de espectro passa por uma falta de rigor diagnóstico que acaba por abrir margem para todo e qualquer uso indevido dele, além de cair no risco de tornar doença o que são fenômenos comuns da entrada da criança no mundo. A autora aponta como preocupante ter como base apenas os sinais e sintomas para se produzir um diagnóstico, pois afirma que algumas vezes, quando as crianças chegavam muito pequenas em sua clínica com sinais típicos do autismo, rapidamente aconteciam mudanças no quadro clínico inicial, algo improvável em crianças que se desenvolvem como autistas. Toda essa discussão diagnóstica é importante, pois pode ter algum tipo de ligação com a questão dos possíveis falsos positivos.

A maneira contemporânea de se diagnosticar, propagada pelos manuais psiquiátricos, apenas mediante sinais e sintomas é debatida criticamente por suas consequências (Dunker, 2014; Silva, 2018). Como apontam Carneiro e Lopes (2020), já na introdução do DSM-5 encontra-se a afirmação de que o manual corresponde à necessidade de aprofundamento e expansão da classificação em psiquiatria para garantir maior precisão descritiva do transtorno e validade do diagnóstico. O diagnóstico em torno dos sinais e sintomas dispensa a dimensão teórica que fundamenta a pesquisa dos fatores subjetivos que condicionam a formação do sintoma. Como assinala Birman (2014), articulado a um protocolo de decisões terapêuticas que tem como base o desenvolvimento das neurociências e a tecnologia dos psicofármacos, o diagnóstico exclui a

necessidade de escuta do conteúdo discursivo do paciente em sua dimensão específica de sujeito para avaliação dos processos psíquicos causais do desencadeamento das diversas versões do sofrimento psíquico e do manejo clínico para a estabilização.

Por outro lado, a psicanálise não realiza um diagnóstico pela via do sintoma, ou seja, por meio de sinais fenomenológicos, mas constrói o diagnóstico por meio da relação transferencial (Zanetti & Kupfer, 2008). O diagnóstico em psicanálise, por ser realizado a partir da transferência, se faz de forma processual. Não é viável para a psicanálise estabelecer de forma mais definitiva um diagnóstico com apenas uma ou duas consultas. De forma bastante distinta em termos de temporalidade e processualidade, o diagnóstico preconizado pelo manual se propõe a “servir como um guia prático, funcional e flexível para organizar informações que podem auxiliar o diagnóstico preciso e o tratamento de transtornos mentais” (APA, 2013, p. XLII). Se essa praticidade parece, num primeiro olhar, sedutora, ela não é sem consequências, incluindo o incremento da indústria farmacêutica (Brzozowski & Caponi, 2015; Vasen, 2011).

Ademais, cabe salientar que, no que diz respeito ao diagnóstico psicanalítico na infância, Attal (1998) afirma que não podemos falar numa estrutura acabada, uma vez que nesses casos o psiquismo não está plenamente construído. Assim, com relação ao diagnóstico estrutural, não o encontramos na criança; o que podemos observar nesses casos são pontos de dificuldade, num percurso que ainda está em construção, do qual só teremos notícias *a posteriori*. No entanto, aqui encontramos o problema paradoxal de se fazer diagnóstico na primeira infância. Por um lado, corre-se o perigo do diagnóstico apressado, dos falsos positivos, algo que sabemos ter impactos sobre a família e a criança. Por outro, o diagnóstico tardio, muitas vezes, retarda a intervenção e o acesso aos cuidados, contribuindo para a possibilidade de um agravamento desastroso. É nesse campo de tensões que a “corrida contra o relógio” da intervenção precoce vai se articular com a questão diagnóstica. Cedo demais ou tarde demais são dois perigos iminentes e persistentes para aqueles que se ocupam com os diagnósticos e terapêuticas na infância.

Ainda que o diagnóstico baseado em sintomas e sinais, realizado a partir da proposta do manual, e o diagnóstico psicanalítico se situem em paradigmas distintos, os dois se encontram na clínica ampliada tanto nas parciais convergências, quanto nas inúmeras diferenças. Isso ocorre porque o psicanalista está na pólis; então, não apenas a criança da qual se ocupa muitas vezes já chega diagnosticada por critérios do manual de maneira mais estrita como, por exemplo, em laudos oficiais, como a nomenclatura dos transtornos oriunda do manual cir-

cula de forma mais livre em equipes de trabalho e entre os usuários dos serviços de saúde e educação. Nesses ambientes, diferentemente do consultório privado com atendimento individual, o psicanalista será confrontado de forma mais intensa com as intercorrências advindas das novas formas de se diagnosticar propostas pelos DSMs.

É nesse cenário de tensões que os diagnósticos na infância provocam que surgiu uma proposta de pesquisar crianças mais próximas de um diagnóstico processual, levando em consideração uma constituição psíquica ainda em construção. Chamada de pesquisa multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), ela pretendeu desenvolver formas de observação diagnóstica que incluíssem indicadores psíquicos observáveis de forma longitudinal e continuada. A proposta trabalhada pelo IRDI pretende possibilitar que, nas consultas periódicas feitas tanto pelo pediatra quanto por qualquer outro agente de saúde, a questão da relação entre a criança e o cuidador também seja observada. Busca, dessa forma, entender o que se passa nessa relação, dado que o mundo ao redor da criança é mais do que um ambiente físico, e que os adultos relacionados ao cuidado desse bebê são personagens significativos em sua construção subjetiva (Pesaro & Kupfer, 2016).

O IRDI como instrumento de trabalho multidisciplinar: uma conquista brasileira?

A pesquisa IRDI nasceu do desejo de uma pediatra, Josenilda Caldeira Brandt, de incluir na atualização do extinto manual do Ministério da Saúde (MS), *Saúde da criança: Acompanhamento para o crescimento e desenvolvimento infantil* (Ministério da Saúde, 2002), o que ela denominava de “indicadores psíquicos”. Josenilda foi uma médica, psicanalista, especialista em pediatria do desenvolvimento, mestre em saúde pública, professora aposentada da Universidade de Brasília, que atuou no Ministério da Saúde até o final da década de 1990 na área de saúde da criança (Lerner & Kupfer, 2008). Ao ser convocada para a atualização do documento citado, no final da década de 1990, Josenilda percebeu a necessidade de se incluir nos indicadores de crescimento e desenvolvimento, que seriam utilizados pelos pediatras, indicadores que tivessem relação com a constituição subjetiva. Embora eles nunca tenham sido incluídos no manual do MS, aos poucos eles foram sendo inseridos na Carteira de Saúde da Criança, substituta do guia e na atualidade o principal documento de uso pediátrico (Kupfer et al., 2008).

Dessa forma, no início de 2001 o Grupo Nacional de Pesquisa (GNP), formado por pesquisadores distribuídos em várias cidades do Brasil (Curitiba, Recife, Salvador, São Paulo, Belém, Fortaleza, Brasília, Rio de Janeiro e Porto Alegre), dentre eles Josenilda Brant e Maria Cristina Machado Kupfer (coordenação nacional), Alfredo Jerusalinsky (coordenação científica) e Maria Eugênia Pesaro (coordenação técnica), construiu, com base numa pesquisa longitudinal, 31 indicadores de risco que indicassem algum traço de sofrimento psíquico ou problemas de desenvolvimento em crianças e bebês. Para o estabelecimento dos indicadores, a metodologia utilizada foi a consulta a *experts*, muito praticada em pesquisas na área da saúde. Desse modo, coube ao GNP recolher, com base no conhecimento teórico-clínico referente às operações psíquicas da primeira infância, indicadores já utilizados no cotidiano da clínica psicanalítica. Constituíram-se, assim, índices cuja ausência poderia apontar questões relativas ao desenvolvimento, que mais tarde foram validados por uma avaliação denominada AP3 (Kupfer et al., 2008).

Assim, o IRDI foi validado como um instrumento com capacidade preditiva de problemas de desenvolvimento, demonstrando com isso que existia uma relação entre ausência/presença de indicadores em períodos precedentes e o aparecimento de sintomas clínicos em momentos posteriores. Os indicadores de risco foram então percebidos como instrumentos que poderiam mostrar que uma criança estava apresentando problemas de desenvolvimento. Desse modo, o valor do instrumento está em permitir localizar a tempo problemas que, uma vez detectados, proporcionam a chegada ao tratamento mais cedo e possíveis ganhos clínicos, sem a necessidade de um diagnóstico já fechado (Kupfer et al., 2008).

A pesquisa IRDI tinha como objetivo principal servir de guia para o trabalho de diferentes profissionais de saúde que atuavam na atenção básica por meio de consultas regulares, em especial o pediatra. Buscava-se, com isso, proporcionar a esses profissionais o entendimento de que, se algo não estava caminhando bem no desenvolvimento psíquico de alguma criança, ela precisaria alcançar o tratamento independentemente de se utilizar esses indicadores como avaliação diagnóstica (Kupfer & Bernardino, 2018). Nesse sentido, o que se buscava alcançar com a pesquisa IRDI era a realização de uma articulação entre diferentes saberes. É importante ressaltar que o que se entende como interação entre os diferentes campos não se dá a partir da aplicação da psicanálise por outros profissionais, mas sim de proporcionar uma discussão entre áreas que enxergam as questões referentes à saúde de formas diversas sem a necessidade de se realizar diagnósticos já nos primeiros encontros (Pesaro & Kupfer, 2016).

Dessa maneira, Pesaro e Kupfer (2016) nos informam que essa preocupação de realizar uma articulação entre a psicanálise e outras áreas do saber se deu por conta da percepção da segmentação do cuidado realizada pelos profissionais, em especial pelo pediatra, que, em suas consultas regulares com a mãe e o bebê, na maioria das vezes, dava ênfase apenas a informações sobre puericultura, sem que existisse, pois, uma preocupação referente à relação entre mãe e bebê nem sobre importantes questões psíquicas que vão se desenrolar nesse momento constitucional.

O empenho na criação do IRDI desencadeou uma ampla discussão, culminando com a publicação da Lei 13.438/2017, que altera a Lei 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). O dispositivo assim alterado determinou ao Sistema Único de Saúde (SUS) que:

É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezesseis meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico. (Brasil, 1990, art. 14, § 5º, cf. Brasil, 2017, art. 1º)

A transformação de uma preocupação em lei não deixou de suscitar críticas. Foram apontados riscos da produção de efeitos iatrogênicos decorrentes dessa lei. Nessa direção, “a pergunta pelo risco já é, necessariamente, o ‘alarme da doença’, efeitos estes que devem ser considerados pelas equipes de cuidado”. Outro ponto problematizado foi a utilidade da noção de risco como indicador de cuidado e sua implicação na patologização da infância (Mascarenhas et al., 2017, p. 5).

Outro aspecto da proposta que recebeu críticas se refere à formação profissional aprofundada e específica necessária para a avaliação dos riscos psíquicos, bem como à duração da consulta pediátrica, tendo em vista a dinâmica da rede de saúde e o tempo do responsável pela criança, já que o momento envolve a avaliação de vários aspectos do desenvolvimento (Moysés, 2001).

Após os debates que se desdobraram em decorrência da Lei 13.438/2017, o Ministério da Saúde publicou o Ofício 34 SEI/2017/CGSCAM/DAPES/SAS/MS – Documento de consensos da oficina de alinhamento sobre a Lei 13.438/2017, que apontou, entre outras questões:

(3) Imprecisão para a proposição de rastreamento universal, pois as evidências científicas existentes não fornecem suporte para a reali-

zação do rastreamento universal de risco psíquico para a população de crianças, em especial de 0 a 18 meses; (4) Adoção e reconhecimento da Caderneta de Saúde da Criança (versões atual e futura) enquanto um importante instrumento de vigilância do desenvolvimento integral da criança na atenção básica, incluindo crianças de 0 a 18 meses, objeto da Lei 13.438; (5) Necessidade de ampliar a qualificação dos profissionais para a utilização da Caderneta de Saúde da Criança em toda sua potencialidade, com ênfase nos marcos do desenvolvimento infantil nos diferentes dispositivos da rede de atenção à saúde da criança, incluindo as redes socioassistenciais e de educação; (Ministério da Saúde, 2017)

Para além da discussão mais estrita no campo da legislação, questionar o uso do IRDI é algo extremamente necessário, uma vez que, como apontam Kupfer e Bernardino (2018), existe o risco de o instrumento ser utilizado como mais um teste que classifica os comportamentos, um rastreador de doenças. No entanto, as autoras argumentam que os indicadores da pesquisa foram construídos de modo afirmativo justamente para se buscar a saúde e não a doença. Elas alertam que os indicadores, quando ausentes, não implicam um diagnóstico, mas sim que a criança precisa ser acompanhada.

Dessa maneira, se de fato o IRDI for utilizado apenas como mais um teste presente no mercado que vem se tornando a saúde, principalmente na área do autismo, podemos cair facilmente na patologização. Entretanto, ao que parece, o IRDI tem outro tipo de funcionamento e, se for utilizado do modo como foi construído, para proporcionar a realização de trocas com outros profissionais, ampliaria tanto o olhar do especialista quanto as discussões sobre a subjetividade. Dessa forma, como afirmam Kupfer e Bernardino (2018), cabe então aos responsáveis pelo IRDI cuidar para que ele seja bem transmitido e que seja rigorosamente aplicado da maneira como foi idealizado.

É nesse cenário de tensões que trazemos o recorte de uma pesquisa de campo que pretendeu ouvir profissionais envolvidos com o autismo, que trabalham em equipes multidisciplinares, sobre o uso desses indicadores de risco, no intuito justamente de aprofundar de forma mais particularizada como o IRDI pode se aplicar em suas práticas.

Método

Esta pesquisa apoia-se na realização de seis entrevistas semiestruturadas com psicanalistas que trabalham em equipes multiprofissionais, ou seja, fora do consultório psicanalítico, no que podemos denominar como psicanálise na clínica ampliada. Das seis entrevistas, três foram realizadas com psicanalistas que utilizam os indicadores da pesquisa IRDI e as demais com psicanalistas que não utilizam esses indicadores. Os entrevistados foram selecionados a partir de três critérios: ser psicanalista; trabalhar na clínica ampliada; e trabalhar com crianças autistas.

Os participantes escolhidos eram oriundos de distintas instituições (CAPSIs, Unidades Básicas de Saúde, ONGs e Organizações Sociais), além de serem moradores de diferentes estados, o que nos permitiu escutar sobre as diferentes vivências da prática psicanalítica no contexto ampliado.

Para a realização das entrevistas, construiu-se um roteiro que contava com oito perguntas sobre as temáticas do autismo, a clínica ampliada e o IRDI. Nesse sentido, as questões serviram unicamente para centrar a entrevista nos assuntos pertinentes às temáticas, ficando os profissionais livres para responderem às indagações da forma que achassem pertinente. Assim, a maneira com que as entrevistas foram conduzidas valeu-se dos caminhos que os entrevistados construíram a partir de suas particularidades. Entende-se que, para uma entrevista produtiva com o referencial psicanalítico, como aponta Mendes (2002), é importante que o entrevistador esteja livre para ouvir o que está fora de suas expectativas.

As entrevistas concedidas pelos psicanalistas que não utilizam o IRDI foram realizadas presencialmente. Já as entrevistas com os psicanalistas que o utilizam foram realizadas por meio de videochamadas, pois esses entrevistados eram provenientes de outros estados. Os horários para as entrevistas foram acordados via aplicativo de conversa; cada entrevista, tanto presencial quanto online, teve duração média de 45 minutos. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Com o objetivo de manter o anonimato, os entrevistados foram designados por números de 1 a 6, e os psicanalistas que trabalham com o IRDI foram designados pelos mesmos numerais, mas seguidos pela palavra “IRDI”.

Como recurso para realizarmos as análises das falas encontradas no percurso das entrevistas, optamos pelo agrupamento das falas dos entrevistados. Desse modo, as respostas concedidas pelos psicanalistas foram reunidas a partir

de relatos que versavam sobre os mesmos temas. Nesse sentido, as respostas semelhantes e as contrárias foram agrupadas, com a intenção de se perceber as distinções e consonâncias que os profissionais que usam ou não o IRDI podem apresentar em suas práticas.

Indicadores da pesquisa IRDI: risco psíquico ou patologização?

Retomando as discussões anteriormente apresentadas, relembramos que a pesquisa IRDI nasceu com o objetivo de construir indicadores que pudessem servir como guia para o trabalho de diferentes profissionais da saúde que atuavam em consultas regulares, permitindo que a tensão trazida pela questão do diagnóstico precoce e processual fosse debatida pelas distintas áreas envolvidas no cuidado das crianças, visto que chegar a lugares de cuidado mais cedo possibilitaria maiores ganhos clínicos, mas o diagnóstico feito cedo demais poderia acarretar falsos positivos.

Desse modo, a tentativa de interlocução entre as áreas ocorreu após a percepção da segmentação do cuidado realizada pelos profissionais, além da constatação de uma certa desinformação acerca de questões psíquicas, tais como o autismo, por parte principalmente dos pediatras, como afirma um dos entrevistados:

Então, na verdade, desde aquela época [1980] a desinformação junto aos pediatras é muito grande e hoje em dia continua, eu acho que hoje em dia tem menos, mas tem uma informação muito mais protocolar, uma informação de exatamente você vê aquela criança com seus sintomas, com seus sinais, então essa desinformação quanto à clínica do sujeito, isso ele tem, eu acho que o IRDI vai exatamente entrar nessa seara de poder informar ao pediatra e aos outros profissionais, porque os pais procuram os fonos, os neurologistas, procuram os terapeutas ocupacionais, os musicoterapeutas e tal, acho que vai poder informar exatamente a delicadeza, a importância e o cuidado de se estabelecer um diagnóstico de autismo. (Entrevistado 2)

A partir desse relato, constatamos que, mesmo não utilizando os indicadores, esse psicanalista percebe o IRDI como uma ferramenta que auxiliaria justamente em levar o olhar do sujeito e algumas informações sobre a complexidade

de um diagnóstico de autismo para as outras áreas, pois, aparentemente, mesmo o discurso pediátrico tendo evoluído, as informações estão ainda muito relacionadas a um olhar que evidencia apenas os sinais e sintomas, deixando de lado a questão subjetiva.

Dito isso, embora o psicanalista 2 perceba algumas vantagens no uso do IRDI, principalmente com relação à delicadeza de um diagnóstico de autismo, isso não é uma unanimidade, visto que, esse outro psicanalista, que não utiliza o IRDI, de modo distinto ao seu colega, tem uma visão bastante receosa com relação ao seu uso. Ele argumenta que, embora os instrumentos tenham validade, é importante ter cautela em sua utilização, dado que, de acordo com o entrevistado, não é sem efeitos a utilização de um instrumento, além de que o uso dos indicadores pode ter um efeito “iatrogênico”, ou seja, gerar uma patologização maior nas crianças submetidas a eles. Dessa forma, observamos que, em relação aos instrumentos, o entrevistado entende que:

Não que o teste não tenha uma validade, algum tipo de detecção, mas eu acho que a gente tem outros recursos e eu acho que não é sem efeitos a aplicação de um teste. Um teste você aponta alguma coisa que eu acho que às vezes tem seu efeito iatrogênico, entendeu? (Entrevistado 1)

O entrevistado complementa sua fala afirmando que os recursos construídos pela saúde já são suficientes. Mas é necessário que os profissionais tenham um olhar mais ampliado sobre as questões clínicas. Isso quer dizer que é relevante que se potencialize os recursos que já existem, para que essas crianças consigam chegar a tempo. Assim, ele afirma:

Chegou aos três anos de idade e não está falando, aí todo mundo que estava dizendo que tudo tem seu tempo, o tempo já passou e aí vem na urgência, mas na verdade, a rigor, se esses profissionais estiverem com o olhar mais ampliado, que não é necessariamente um instrumento, mas os instrumentos que já se têm mesmo na clínica, eles vão perceber e eles vão apontar, na creche, por exemplo. A questão do acesso é de potencializar os recursos que já se tem, eles são suficientes. (Entrevistado 1)

Em concordância, o último entrevistado, o psicanalista 3, também demonstra preocupação e afirma:

Fiquei um pouco preocupado porque, assim, historicamente o que aconteceu, a gente teve o momento em que os pediatras tinham muitas dificuldades de identificar qualquer transtorno mental em crianças e sempre botavam para frente, pediam para aguardar. Eu comecei a atender nessa época e o que aconteceu? Muitas crianças chegando na adolescência e sem diagnóstico. Eu acho que não era bom; agora você fazer uma triagem desse tipo, eu precisaria conhecer o instrumento, mas eu acho que é um pouco arriscado, porque isso pode produzir sintomas, a minha preocupação é como isso vai ser manejado. (Entrevistado 3)

Em vista disso, apesar de os dois últimos entrevistados apresentarem receios legítimos acerca do uso dos IRDIs, por conta de uma possível produção de sintomas ou mesmo de um aumento de diagnósticos incorretos, chama a atenção a preocupação referente à chegada tardia de muitas crianças para o tratamento.

Ambos os psicanalistas relatam a importância de se perceber que algo não está caminhando bem com as crianças, ou seja, que se existir sofrimento psíquico elas precisam chegar. No entanto, percebemos que para que isso possa ocorrer é necessário que o entorno constate o sofrimento. Dessa maneira, é notório que exista um maior contato com as outras áreas, como os profissionais de saúde, os educadores, enfim, todos aqueles que convivam com essas crianças, para que não corramos o risco de que elas não cheguem ou que cheguem muito tarde.

Isso posto, retomadas as críticas já levantadas com relação aos instrumentos, como afirmamos, existe o risco de os indicadores serem utilizados como mais um teste que classifica os comportamentos, um rastreador de doenças, engrossando o discurso patologizante, como apontou o entrevistado 1 quando se referiu ao “efeito iatrogênico”. Entretanto, como sinalizam Kupfer e Bernardino (2018), se o IRDI for utilizado do modo como foi construído, possibilitando a realização de contínuas trocas, viabilizando a chegada das crianças mais cedo, ou mesmo levando a lógica da subjetividade para outros campos, o instrumento contribuiria para a diminuição dos diagnósticos apressados.

Corroborando a literatura (Kupfer & Bernardino, 2018), esse outro entrevistado aponta a necessidade de uma capacitação anterior para os profissionais que utilizarão o instrumento, para que ele não seja usado como um *checklist* do que a criança tem ou não. Assim, ele relata:

Não é só pegar a folha e preenchê-la do jeito que você acha, não! Essas pessoas, por exemplo, elas tiveram um tempo de uma capaci-

tação também, a gente fez uma capacitação com elas para falar das questões subjetivas, da constituição do sujeito. Então, eram pessoas que estavam entendendo do que a gente estava falando, então, eu acho que também para usar esse instrumento do jeito que ele foi feito, pensando o jeito que ele tem que ser aplicado, a pessoa tem que ter um conhecimento prévio, para poder usar do jeito correto. Não só ali marcando o que está presente e o que está ausente. (Entrevistado 5-IRDI)

Dito isso, depreendemos, a partir das falas dos entrevistados, que, embora existam algumas preocupações significativas relacionadas à utilização dos IRDIs, quatro dos seis entrevistados percebem os possíveis benefícios que se pode alcançar com seu uso; porém, com a ressalva de que os profissionais que forem utilizá-los estejam familiarizados com as questões relativas à constituição subjetiva pensada pela psicanálise, para que o instrumento possa ser aplicado da maneira como foi idealizado.

Ademais, constatamos que a maioria dos entrevistados que não utilizam o IRDI tem receios sobre seu uso. Observamos isso nos relatos dos psicanalistas 1 e 3, existindo apenas uma exceção no psicanalista 2, que compreende o instrumento como algo potente. Diferente disso, encontramos, nos psicanalistas que usam o IRDI, que todos percebem como vantajosa a utilização dos instrumentos em seu fazer na clínica ampliada, tanto para levar o olhar subjetivo para o cuidado, quanto como um auxiliar na tradução da psicanálise para os companheiros de equipe ou para a instituição, como veremos adiante.

O psicanalista nas equipes multiprofissionais: como transmitir a psicanálise para não psicanalistas?

Assim como já discutimos, no que diz respeito à clínica ampliada, de modo distinto ao consultório particular, no qual o psicanalista tem a opção de realizar algumas trocas com outras áreas, no contexto ampliado, ele viverá de modo mais intenso as possíveis tensões do encontro entre os diferentes saberes, já que, na maioria das vezes ele trabalhará em equipes multiprofissionais, tendo que lidar com requisições feitas tanto pela equipe quanto pela instituição (Campos, 2012).

Dessa forma, dentre as muitas tensões vividas no contexto ampliado, encontramos que uma das grandes dificuldades se funda justamente na comunica-

ção com os colegas de outras áreas, tendo como uma das repercussões a falta de entendimento do que é feito pelo psicanalista naquele espaço, ou seja, a dificuldade de transmitir a lógica de seu trabalho, como foi descrito nesse relato:

É uma escuta com muitas interferências, aí você precisa, de certa maneira, além de trocar, muitas vezes mostrar como você faz a sua intervenção para que elas validem, elas não validavam muitas vezes, olhavam torto, achavam estranho. Por que eu tinha que falar tanto com os pais? Porque elas achavam que assim, que o trabalho fosse assim mais voltado para a criança e eu tentava mostrar que, a partir da forma como os pais tratam, que os pais enxergam a criança, eles ficam muito mais tempo com a criança do que a gente, então poderia ter uma mudança também subjetiva. (Entrevistado 4-IRDI)

Dessa maneira, verificamos, pelo relato do psicanalista 4, que o trabalho dentro das instituições enfrenta entraves, principalmente quando não existe diálogo entre os participantes da equipe. Percebe-se, ademais, a dificuldade de transmissão, já que os saberes disciplinares têm linguagens técnicas bem distintas, dificultando a interlocução durante o encontro entre os diferentes saberes. Justamente, a interlocução é uma das principais vantagens encontradas quando há a oportunidade de se trabalhar numa equipe multidisciplinar, como aponta esse outro entrevistado:

A vantagem do serviço público é que você tem outros olhares, olhares interdisciplinares. Você pode conversar, fazer trocas e até ver coisas que não são da nossa área, assim é muito interessante quando você trabalha junto com uma fono, por exemplo, ela vai notar coisas que talvez você não note, porque não é do seu fazer e eu acho que isso é enriquecedor. (Entrevistado 3)

Observamos na fala do entrevistado 3 que esse intercâmbio proporcionado pela interação de diferentes profissionais pode se demonstrar bastante enriquecedor quando pensamos na realização de um diagnóstico, por exemplo, considerando que, quando existe essa aproximação, os diversos profissionais têm a chance de ver e discutir particularidades que estão fora de seus campos de saber, abrindo espaço para que algo novo possa emergir.

Dito isso, outro obstáculo que encontramos na prática do psicanalista que trabalha em equipes multidisciplinares foi a dificuldade em conseguir transmitir

algo da especificidade da psicanálise. Nesse caso, a dificuldade estava em conseguir transmitir aos outros que não há necessidade de formalizar diagnósticos de autismo para se iniciar um tratamento em crianças muito pequenas.

Diante disso, encontramos com esse entrevistado que o ponto relacionado ao diagnóstico de autismo no contexto ampliado é uma das maiores dificuldades enfrentadas por ele. Assim, ele relata:

Posso te falar que a questão do diagnóstico é um ponto que pega muito. Não sei por onde podemos começar. Pensando que lá, se trata de uma equipe, então temos; eu de psicólogo, temos duas fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga, uma assistente social, uma neuropediatra, um enfermeiro e eu acho que só. E aí cada um vai pensar o diagnóstico na sua própria área, no seu próprio meio e como colocar uma visão psicanalítica de que não podemos fechar diagnóstico para bebês, para outros profissionais que não conseguem ter uma compreensão do que se trata a psicanálise? De outro olhar... bom esse é o meu engodo todos os dias [risos]. (Entrevistado 6-IRDI)

Esse mesmo psicanalista prossegue falando sobre a questão do diagnóstico para crianças pequenas:

Aí eu fico pensando qual é a função de enunciar um diagnóstico para a família? É diferente de pensar qual é a função de um diagnóstico para um trabalho clínico. Mas qual a função de enunciar um diagnóstico para a família de um bebê de 1 ou 2 anos? Isso acarreta o que para o profissional? Dizer que ele sabe? Mas bom, o que adianta? Ah, eu estudei tudo isso e eu consegui chegar nesse ponto aqui, seu filho é isso. (Entrevistado 6-IRDI)

A partir dessas falas, podemos deduzir que algumas vezes o profissional, para se mostrar sábio, pode enunciar o diagnóstico com base no que está observando na clínica, ou mesmo mediante os sintomas apresentados. No entanto, o questionamento que fazemos diante desse relato é: para que serve esse diagnóstico? Por que estamos transmitindo-o? O que o caso clínico avança com essa nomeação?

Dito isso, apesar de existirem as dificuldades anteriormente descritas, depreendemos a partir das falas de nossos entrevistados que aqueles psicanalistas

que utilizam os instrumentos construídos na pesquisa IRDI acreditam na possibilidade de que eles funcionem como auxiliar nas trocas com outras áreas. Assim, um deles nos conta:

Então, assim, a gente percebeu que esse instrumento facilita muito nessa interlocução, nessa comunicação, até pela forma com que ele é construído, da pessoa conseguir entender que são sinais que qualquer bebê apresenta no seu desenvolvimento “normal”. Então eu acho que esses instrumentos podem facilitar muito essa interlocução com os outros saberes principalmente. (Entrevistado 5-IRDI)

Já esse outro entrevistado percebe que os instrumentos auxiliam também no contato com a própria instituição, uma vez que o IRDI tem uma sistematização que o ajuda a transmitir até mesmo para a coordenação as particularidades do seu fazer, ou seja, o psicanalista percebe que, ao utilizar os instrumentos, de alguma forma ele consegue comunicar algo que é realmente complicado de entender quando não se tem uma leitura da psicanálise, além, é claro, de o ajudar no diálogo com outros profissionais. Dessa maneira, ele relata:

Eu posso te dizer que fazer uso dos instrumentos de algum modo é mais fácil da instituição aceitar uma visão psicanalítica, porque de algum modo você tem uma sistematização e consegue apresentar isso, para a coordenação, enfim, e eles entenderem do que você está falando, porque você desloca uma lógica médica, patologizante e pensa a relação e também contribui para que você possa de algum modo dialogar com os outros profissionais, voltando àquele ponto da equipe. Dialogar com os outros profissionais e mostrar ‘olha, você usou o teste escala de linguagem X’, enfim, de desenvolvimento, para ver pinça, questão motora fina, por exemplo a T.O., eu estou olhando para outra coisa e eu costumo olhar isso, isso e vou tentando explicar usando o instrumento. (Entrevistado 6-IRDI)

Para além disso, esse mesmo entrevistado acrescenta algo sobre os instrumentos possibilitarem uma espécie de tradução da psicanálise para os membros das equipes que não compartilham do mesmo conhecimento teórico. Assim, ele afirma:

Então, facilita o diálogo com os colegas e os pares de outras áreas; isso é algo assim primordial. Primordial que eu acho importante a

gente ter em mente que a base para você tentar traduzir a psicanálise que são o grande trabalho dos instrumentos, é de servir de tradução do que a gente diz em psicanálise, porque não é algo fácil e simples de ser acessado para quem não tem uma lógica de pensamento comum, ou melhor, não tem uma lógica de pensamento compartilhada com essa. (Entrevistado 6-IRDI)

Isso posto, percebemos como uma unanimidade, entre os psicanalistas entrevistados que utilizam o IRDI, a percepção dos possíveis benefícios que a utilização do instrumento pode trazer. Essa percepção torna evidente, principalmente com relação às questões trazidas pelo trabalho em equipe, tais como a comunicação entre os colegas, a possibilidade de tradução da psicanálise para outros profissionais, bem como a discussão se é necessária ou não a transmissão de um diagnóstico, já nos momentos iniciais, para que o tratamento possa acontecer.

Considerações finais

Iniciamos o presente texto debatendo o crescente aumento de diagnósticos de autismo contemporaneamente. Esse aumento significativo nos convoca a pensar até que ponto o surgimento de novos casos estaria articulado com as novas formas de se fazer o diagnóstico hoje. Com base nas entrevistas, verificamos que a questão da expansão diagnóstica para aqueles que se ocupam da infância traz o debate da real necessidade de um diagnóstico realizado já nos primeiros encontros, evidenciando os sinais e sintomas, em detrimento da dimensão subjetiva. Ainda que a discussão acerca do diagnóstico precoce divida pesquisadores e profissionais, percebemos, por meio das falas, a importância da chegada dessas crianças mais cedo ao tratamento, recebendo ou não um nome nesse processo. É nesse contexto de tensão, no qual o crescimento dos casos de autismo tanto pode apontar para uma patologização da infância, quanto promover um acesso à rede de cuidados mais cedo, que o IRDI foi criado como instrumento de trabalho. A ideia de risco psíquico se oporia a uma ideia de patologia já instalada, incrementando a observação da relação bebê-cuidadores no processo avaliativo, trazendo a dimensão subjetiva para a discussão.

Para além disso, as entrevistas culminaram num aspecto não hipotetizado no início da pesquisa: a importância desse instrumento como articulador nas equipes multidisciplinares. Segundo os psicanalistas que usavam o IRDI, os instrumentos se mostraram potentes para transmitir o fazer psicanalítico e traduzir certos conceitos

numa linguagem de melhor compreensão para as equipes. Nessa ótica, se constituiria como potencializador do trabalho institucional e, por sua processualidade avaliativa, questionaria um diagnóstico mais prontamente definitivo para crianças pequenas, o que também contribuiria para a discussão da ampliação diagnóstica, se o instrumento fosse de fato utilizado da maneira que foi idealizado.

Por fim, como nossa pesquisa foi limitada em tamanho e extensão, indicamos a importância de se ampliar a discussão trazida pelo IRDI não só para o campo da psicanálise, mas em sua potência interdisciplinar. Compreendemos, pois, que abrir essa porta é o mesmo que abrir espaço para a construção do novo, no qual tanto os outros campos quanto a psicanálise exercitarão a atenção conjunta no âmbito dos cuidados com a infância.

Referências

- Almeida, M. L.; Neves, A. S. (2020). A popularização diagnóstica do autismo: Uma falsa epidemia?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, e180896. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>
- APA – American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Artmed.
- Attal, J. (1998). Transferência e final de análise com criança. In: *A criança e o psicanalista* (Littoral), p. 51-58. Companhia de Freud.
- Baio, J.; Wiggins, L.; Christensen, D. L.; Maenner, M. J.; Daniels, J.; Warren, Z.; Kurzius-Spencer, M.; Zahorodny, W.; Rosenberg, C. R.; White, T.; Durkin, M. S.; Imm, P.; Nikolaou, L.; Yeargin-Allsopp, M.; Lee, L.; Harrington, R.; Lopez, M.; Fitzgerald, R. T.; Hewitt, A.; ... Dowling, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2014. *Surveillance Summaries*, 67(6), 1-23. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.htm> (acessado 03/11/2023)
- Birman, J. (2014). Drogas, performance e psiquiatria na contemporaneidade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(spe), 23-37. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982014000300003>
- Brasil (1990). *Lei 8.069, de 13/07/1990 – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
- Brasil (2017). *Lei 13.438, de 26/04/2017 – Altera a Lei 8.069, de 13/07/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Lei/L13438.htm

- Brzozowski, S. F.; Caponi, S. (2015). Medicamentos estimulantes: Uso e explicações em casos de crianças desatentas e hiperativas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 7(15), 1-23. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69013/>
- Campanário, I. S.; Pinto, J. M. (2006). O atendimento do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias: Uma clínica da antecipação do sujeito. *Estilos da Clínica*, 11(21), 150-169. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282006000200010
- Campos, D. T. F. (2012). O cuidado e o sujeito: Questões acerca da clínica ampliada. In: M. Winograd; M. Souza (Orgs.). *Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico*, p. 33-48. Companhia de Freud.
- Carneiro, C.; Lopes, A. F. P. (2020). Mais categorias diagnósticas? Interlocução entre saúde mental e educação. *Ensino, Educação e Ciências Humanas*, 21(3), 349-356. <https://revistaensinoeducacao.pgsscogna.com.br/ensino/article/view/7800/>
- Dunker, C. I. L. (2014). A neurose como encruzilhada narrativa: Psicopatologia psicanalítica e diagnóstica psiquiátrica. In: R. Zorzanelli; B. Bezerra Jr.; J. F. Costa (Orgs.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*, p. 69-106. Garamond.
- Kupfer, M. C. M.; Bernardino, L. M. F. (2018). IRDI: Um instrumento que leva a psicanálise à polis. *Estilos da Clínica*, 23(1), 62-82. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p62-82>
- Kupfer, M. C. M.; Rocha, P. S.; Cavalcanti, A. E.; Escobar, A. M. U.; Fingermann, D. (2008). Apresentação e debate em torno da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. In: R. Lerner; M. C. M. Kupfer (Orgs.). *Psicanálise com crianças: Clínica e pesquisa*, p. 49-62. Escuta.
- Lerner, R.; Kupfer, M. C. M. (2008). *Psicanálise com crianças: Clínica e pesquisa*. Escuta.
- Mas, N. A. (2018). *Transtorno do espectro autista: História da construção de um diagnóstico* (dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (USP). <https://doi.org/10.11606/D.47.2018.tde-26102018-191739>
- Mascarenhas, C.; Katz, I.; Surjus, L. T. L. S.; Couto, M. C. V.; Lugon, R. (2017). *Sobre a Lei 13.438, de 26/04/2017: Riscos e desafios*. Psicanalistas pela Democracia, Agosto/2017. <https://psicanalisedemocracia.com.br/2017/08/sobre-a-lei-13-438-de-26417-riscos-e-desafios> (acessado 03/11/2023)
- Mendes, A. M. B. (2002). Algumas contribuições teóricas do referencial psicanalítico para as pesquisas sobre organizações. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(spe), 89-96. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000300010>
- Ministério da Saúde (2002). *Saúde da criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf (acessado 03/11/2023)

- Ministério da Saúde (2015). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf (acessado 03/11/2023)
- Ministério da Saúde (2017). Ofício 34 SEI/2017/CGSCAM/DAPES/SAS/MS – Documento de consensos da oficina de alinhamento sobre a Lei 13.438/2017. <https://primeirainfancia.org.br/noticias/documento-do-ministerio-da-saude-relata-consenso-entre-especialistas-nao-existem-evidencias-cientificas-que-justifiquem-rastreamento-de-risco-psiquico-obrigatorio-para-bebes-ou-criancas/> (acessado 19/12/2023)
- Moyés, M. A. A. (2001). *A institucionalização invisível: Crianças que não aprendem na escola*. Mercado de Letras.
- Nahmod, M. (2017). ¿Hacia una epidemia del autismo? Entre historias celebratorias y estudios críticos. *Revista Psicología e Saúde*, 9(2), 61-76. <https://doi.org/10.20435/pssa.v9i2.517>
- Pereira, M. E. C.; Laznik, M.-C. (2008). Discussão sobre a articulação entre psicanálise e pesquisa. In: R. Lerner; M. C. M. Kupfer (Orgs.). *Psicanálise com crianças: Clínica e pesquisa*, p. 15-48. Escuta.
- Pesaro, M. E.; Kupfer, M. C. M. (2016). Um lugar para o sujeito-criança: Os Indicadores clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) como mediadores do olhar interdisciplinar sobre os bebês. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 5(9), 58-68. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972016000200006
- Rios, C.; Ortega, F.; Zorzanelli, R.; Nascimento, L. F. (2015). Da invisibilidade à epidemia: A construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 19(53), 325-336. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0146>
- Silva, R. P. (2018). *O que opera na clínica psicanalítica com crianças autistas? Fragmentos de uma experiência* (dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). <https://www.bdtd.uerj.br/handle/1/14710>
- Vasen, J. (2011). *Una nueva epidemia de nombres improprios: El DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Noveduc.
- Zanetti, S. A. S.; Kupfer, M. C. M. (2008). O relato de casos clínicos em psicanálise: Um estudo comparativo. In: R. Lerner; M. C. M. Kupfer (Orgs.). *Psicanálise com crianças: Clínica e pesquisa*, p. 179-195. Escuta.

Recebido em 20 de julho de 2022

Aceito para publicação em 18 de julho de 2023

AUTOPERCEPÇÃO E ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

*SELF-PERCEPTION AND ADOLESCENCE:
A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE*

*AUTOPERCEPCIÓN Y ADOLESCENCIA:
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA*

Edimeire Pastori de Magalhães Tavernard⁽¹⁾

Cybelle Bezerra Sousa Florêncio⁽²⁾

Fernando Augusto Ramos Pontes⁽³⁾

Simone Sousa da Costa Silva⁽⁴⁾

RESUMO

A autopercepção pode ser definida como o conhecimento que o sujeito tem de si, a partir de seus elementos afetivos, sociais, habilidades, competências e dificuldades. Na adolescência, essa construção é de extrema relevância para o direcionamento de projetos futuros. O objetivo deste estudo foi descrever, por meio de uma revisão sistemática da literatura, os instrumentos utilizados nas pesquisas para aferir o construto da autopercepção. Foram investigados artigos publicados no período de 2008 a 2019, nas bibliotecas virtuais da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da Adolec Brasil. Com 36 artigos na análise final, os resultados mostraram a predominância de instrumentos psicométricos. Conclui-se que há necessidade de se utilizar nas pesquisas uma combinação de instrumentos com estilos diferenciados, acessando dados

⁽¹⁾ Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Laboratório de Ecoetologia, Belém, PA, Brasil. email: etavernard@gmail.com

⁽²⁾ Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Laboratório de Ecoetologia, Belém, PA, Brasil. email: cybelle.flor2@gmail.com

⁽³⁾ Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Laboratório de Ecoetologia, Belém, PA, Brasil. email: farp1304@gmail.com

⁽⁴⁾ Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Laboratório de Ecoetologia, Belém, PA, Brasil. email: symon@ufpa.br

Este estudo teve financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

não apenas quantitativos, mas também de natureza qualitativa, que permitam um olhar ampliado e flexível sobre a construção da autopercepção.

Palavras-chave: autopercepção; adolescentes; instrumentos de avaliação.

ABSTRACT

Self-perception can be defined as the subject's knowledge of themselves, based on their affective and social elements, skills, competences and difficulties. In adolescence, this construction is extremely relevant for directing future projects. The aim of this study was to describe, through a systematic review of the literature, the instruments used in research to assess the self-perception construct. Articles published in the period from 2008 to 2019 in the CAPES and Adolec Brasil virtual libraries were investigated. With 36 articles in the final analysis, the results showed the predominance of psychometric instruments. It is concluded that there is a need to use in research a combination of instruments with different styles, accessing data not only quantitatively, but also qualitatively, thus allowing a broad and flexible view on the construction of self-perception.

Keywords: self-perception; adolescents; assessment instruments.

RESUMEN

La autopercepción se puede definir como el conocimiento que el sujeto tiene de sí mismo, en base a sus elementos, habilidades, competencias y dificultades afectivas y sociales. En la adolescencia, esta construcción es sumamente relevante para dirigir proyectos futuros. El objetivo de este estudio fue describir, mediante una revisión sistemática de la literatura, los instrumentos utilizados en la investigación para evaluar el constructo de autopercepción. Los artículos publicados en el período de 2008 a 2019 fueron investigados en las bibliotecas virtuales de la CAPES y la Adolec Brasil. Con 36 artículos en el análisis final, los resultados mostraron el predominio de los instrumentos psicométricos. Se concluye que existe la necesidad de utilizar en la investigación una combinación de instrumentos con diferentes estilos, accediendo a datos no solo cuantitativos, sino también de carácter cualitativo, que permitan una mirada expandida y flexible a la construcción de la autopercepción.

Palabras clave: autopercepción; adolescentes; instrumentos de evaluación.

Introdução

O desenvolvimento do ser humano pode ser compreendido como um fenômeno sempre em construção. Para além dos aspectos predeterminados fisiologicamente, que se dão no curso da vida, esse processo envolve a noção de indissociabilidade entre fatores biológicos e culturais, marcado pelas características do sujeito e de seu ambiente, em uma relação de influência mútua, caracterizada por fases de estabilidade e mudanças ao longo do tempo (Bronfenbrenner, 1996).

Dentre as etapas que compõem o ciclo da vida encontra-se a adolescência, momento marcado por alterações no processo de desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo, no qual novos aprendizados geram aquisições progressivas em direção à autonomia. Essa fase é marcada pela diminuição da influência familiar e aumento da força exercida pelo contexto social mais amplo, constituído, principalmente, pelos pares (Grolli et al., 2017).

As novas demandas apresentadas pelo contexto configuram-se em oportunidades para novas experiências que transformam o adolescente, aprimorando sua percepção de competência e possibilitando a construção de sua identidade a partir do experimentar das possibilidades. Esse processo de mudanças estimula a aquisição de novo repertório comportamental e o desenvolvimento de habilidades emocionais e cognitivas (Schimid et al., 2011).

As aquisições cognitivas estabelecidas na adolescência permitem ao sujeito desenvolver sua capacidade perceptiva quanto à sua personalidade, habilidades reais e elaboração de projetos futuros (Schimid et al., 2011). Essa aquisição recente pode gerar conflitos interiores em que a preocupação com o juízo das pessoas a seu respeito pode ocasionar um prejuízo à sua autoestima.

A autopercepção pode ser definida como o conhecimento que o sujeito tem de si, envolvendo a avaliação acerca de seus elementos afetivos e sociais, habilidades, competências e dificuldades (Carvalho et al., 2017). Para Harter (1999), a autopercepção de uma pessoa é baseada na forma como os outros a veem e ao impacto que essa imagem pode causar no indivíduo. A literatura relata que a consciência das reais capacidades e habilidades tem início nos anos da adolescência, a partir da maturação das estruturas cognitivas que permitem a assimilação da informação por meio da capacidade de pensamento e análise dos fatos. Esse conhecimento permite o pensamento sobre si e a construção da autopercepção. No entanto, alguns adolescentes podem apresentar distorções entre a percepção de si e sua real competência (Carvalho et al., 2017).

Essa discrepância de percepção tem sido estudada e conhecida como Viés Ilusório Positivo (VIP) e é definida como uma divergência entre compe-

tência autorrelatada e a competência real de uma pessoa. Essa distorção pode predispor o indivíduo ao insucesso, uma vez que impede a compreensão do *feedback* das pessoas, de suas experiências passadas, conquistas e fracassos, necessário para modificarem sua abordagem em prol de uma adaptação positiva (Capodieci et al., 2019).

De maneira geral, os indivíduos estão sujeitos a vivenciar sentimentos negativos, momentos de angústias, favorecendo ou intensificando as mudanças de humor e comportamento, gerando um alerta para uma possível vulnerabilidade emocional durante a adolescência. Por sua vez, esse estado vulnerável pode acentuar os sentimentos negativos a respeito de si próprio, comprometendo sua autoconfiança quanto às suas habilidades e competências e impactando em sua autopercepção (Grolli et al., 2017; Harter, 1999).

Nessa perspectiva, é de extrema relevância conhecer a forma como os adolescentes constroem suas autopercepções, pois tal conhecimento poderá instrumentalizar profissionais que atuam junto a essa população. Portanto, o acesso à autopercepção dos adolescentes demanda o domínio de instrumentos sólidos que garantam o acesso e o registro desse fenômeno de forma confiável.

Nesse sentido, Cronbach (1996) ressalta que os instrumentos podem ser classificados por características a partir de seus estilos, a saber: (a) psicométrico e (b) impressionista. Os instrumentos psicométricos referem-se a instrumentos com foco interpretativo na aplicação de regras rígidas e gerais. Eles envolvem um estudo analítico e prático das semelhanças entre as variáveis, com ênfase no próprio instrumento e na padronização das respostas, com caráter fechado. Já os instrumentos impressionistas são ideográficos, ou seja, eles assumem uma interpretação mais centralizada na individualização dos dados, cujos instrumentos fazem semelhança entre pessoas, em que as variáveis não são o foco e há ênfase na liberdade das respostas do indivíduo (DeSousa et al., 2013).

No que concerne aos critérios de validade dos instrumentos, segundo os quais se verifica sua capacidade de aferir precisamente seu objeto de investigação (Alexandre & Coluci, 2011), os recursos podem ser analisados por meio dos seguintes aspectos: (1) validade do constructo: o instrumento é analisado a partir dos resultados da técnica de análise fatorial e exploratória das hipóteses, que indica se ele identifica relacionamentos entre um conjunto de muitas variáveis interrelacionadas entre si; (2) validade de critério: a eficácia do material é aferida a partir de um critério externo, que deve consistir em uma medida amplamente aceita, um parâmetro considerado “padrão-ouro”, que pode ser caracterizado de duas formas: (a) discriminante (discriminação de grupos, visando à comparação entre si) e (b) concorrente (comparados com outras medidas do mesmo objeto);

(3) validade de conteúdo: diz respeito ao quanto o conteúdo de um instrumento constitui uma amostra representativa do construto a ser investigado ou o quanto uma relação de itens representa um universo definido de um conteúdo, e se divide em dois momentos: (a) desenvolvimento do instrumento e (b) avaliação por especialistas; e (4) fidedignidade: propriedade que um instrumento deve ter de aferir o fenômeno investigado sem erros, evidenciada por meio de análise da correlação das variáveis e da consistência interna (Alexandre & Coluci, 2011; Souza et al., 2017).

Diante da relevância da autopercepção para o desenvolvimento do adolescente, há que se buscar instrumentos confiáveis, que tenham passado por processo de validação, e métodos usados para aferir tal construto, especialmente no Brasil. Instrumentos adequados garantem dados confiáveis e consistentes, repercutindo nas ações derivadas dos dados obtidos com eles. Dessa maneira, esta pesquisa foi realizada por meio de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), definida como um estudo secundário originado a partir de uma base de dados, que descreve e analisa os resultados das pesquisas originais. Logo, o objetivo deste estudo foi descrever, com base nos pressupostos teóricos de validação psicométrica, os instrumentos utilizados em pesquisas sobre autopercepção na adolescência.

Método

Esta pesquisa é uma RSL sobre instrumentos de autopercepção na adolescência, definida a partir de estratégias de buscas, análise crítica e síntese da literatura de forma integrada. A fim de diminuir os vieses, buscou-se identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis. O Instituto Cochrane estabelece sete passos para alcançar os objetivos estabelecidos: (1) Formulação da pergunta de pesquisa; (2) Localização e seleção dos estudos; (3) Avaliação crítica dos estudos; (4) Coleta dos dados nos artigos: variáveis a serem estudadas; (5) Análise e apresentação dos dados; (6) Interpretação dos dados; e (7) Aprimoramento e atualização da revisão (Gomes & Caminha, 2014).

A etapa inicial de uma revisão está pautada na definição da pergunta central (etapa 1) que favorecerá a compreensão acerca das nuances do fenômeno investigado. Dessa forma, utilizou-se a técnica PVO (Ferreira et al., 2020) na formulação da seguinte questão: Quais os principais instrumentos que estão sendo utilizados para investigar e medir autopercepção nas pesquisas envolvendo adolescentes? Considerou-se a seguinte estrutura: P (situação problema, participantes

ou contexto) – adolescentes; V (variável do estudo) – autopercepção; e O (resultados esperados) – descrição dos instrumentos de mensuração da autopercepção de adolescentes.

A localização e seleção dos estudos (etapa 2) envolveu a definição de alguns descritores relacionados à temática, a fim de elaborar a estratégia a ser submetida às bases de dados. Os descritores, definidos com base no PVO, foram: (1) autopercepção, autoimagem, autoavaliação, autoconceito, percepção de competência; e (2) adolescente e suas variações em inglês, associadas ao operador booleano, gerando duas estratégias de busca em português e inglês: (1) Estratégia 1 – (autopercepção OR autoimagem OR autoavaliação OR autoconceito OR percepção de competência) AND (adolescente); (2) Estratégia 2 – (self perception OR self image OR self assessment OR self conception OR perception of competence) AND (adolescent OR teenager). Os estudos selecionados deveriam, *a priori*, contemplar a exigência de que o termo autopercepção, ou suas variações em português e em inglês, estivesse no título, associado (AND) ao termo adolescente (*adolescent/teenager*) que poderia estar presente em qualquer lugar no texto, etapa descrita como refinamento 1.

Como critério de inclusão na RSL e com o objetivo de refinar as buscas por artigos, considerou-se aqueles que: (a) fossem estudos empíricos revisados por pares; (b) utilizassem instrumentos específicos para análise da autopercepção; (c) tivessem sido realizados com população adolescente; (d) apresentassem o termo autopercepção no título; (e) tivessem sido publicados no período de 2008 a 2019; (f) estivessem totalmente disponíveis on-line. Todos os artigos encontrados que não atenderam a essas exigências foram excluídos. As buscas foram realizadas no Portal de Periódicos da CAPES (uma das maiores bibliotecas virtuais do mundo, que resume conteúdo científico de alto nível, com publicações nacionais e internacionais) e no Portal Adolec Brasil (biblioteca virtual especializada em saúde do adolescente). Os artigos encontrados estavam indexados nas bases: Medline, PubMed, Science Direct (Elsevier), LILACS, Scopus, PROQUEST, Web of Science, Directory of Open Access Journals (DOAJ).

A avaliação crítica dos estudos selecionados (etapa 3) foi realizada a partir de dois testes de relevância (TR), compostos por perguntas objetivas. O TR I foi aplicado aos resumos dos artigos, baseado nas questões: (1) O estudo traz o termo autopercepção no título? (2) É um estudo envolvendo adolescentes? e (3) O estudo aplicou algum instrumento de avaliação de autopercepção? Ao final dessa etapa, foram retiradas as publicações que não responderam positivamente a todas as perguntas.

O TR II foi aplicado por três juízes independentes, apenas aos artigos aprovados pelo TR I, a partir das seguintes questões: (1) O objetivo do estudo está apresentado claramente? (2) O método está descrito com clareza? (3) O estudo utiliza instrumento para mensurar autopercepção? (4) Os instrumentos utilizados para a coleta de dados de autopercepção estão descritos claramente? (5) O método permite alcançar os objetivos? (6) O procedimento de análise dos dados obtidos com os instrumentos está descrito adequadamente? e (7) Os resultados estão descritos em acordo com a metodologia proposta?

A inclusão final dos artigos foi realizada após o cálculo do índice de concordância (IC), para que fossem asseguradas a confiabilidade e credibilidade dos estudos selecionados. O cálculo foi realizado a partir da fórmula: $IC = A \times 100 / (A + D)$, onde: IC = índice de concordância; A = concordância; D = discordância. Os estudos que obtiveram $IC > 80\%$ compuseram o escopo desta revisão.

Em seguida, coletaram-se os dados (etapa 4) dos artigos selecionados para a caracterização do objeto investigado. Posteriormente, procedeu-se à etapa de análise e apresentação dos dados (etapa 5), culminando com o processo de interpretação das informações e posterior construção e aperfeiçoamento da revisão sistemática (Etapas 6 e 7), utilizando conceitos e pesquisas sobre autopercepção, com destaque para aspectos relativos à avaliação dos instrumentos (Pasquali, 2009; Primi, 2010).

Os estudos foram revistos em detalhe a fim de encontrar informações relacionadas à descrição/caracterização dos instrumentos e suas evidências de adequação para avaliar a autopercepção. Assim, foram considerados nome/versão do instrumento, estilo de avaliação e faixa etária. No que concerne às evidências de adequação, analisaram-se a validade (construto, critério e conteúdo) e a fidedignidade (consistência interna) dos instrumentos (Pasquali, 2009).

Resultados e discussão

Após a aplicação das fases 1 a 5, foi conduzida a caracterização geral dos artigos selecionados, seguida pela análise do método de cada estudo, a fim de identificar os instrumentos apresentados nos artigos. O processo de seleção e refinamento dos artigos foi feito a partir das buscas em duas bases de dados, a saber: (a) Adolec Brasil: foram encontrados 184 artigos, dos quais no refinamento 1 excluíram-se 49, passando 135 para os testes de relevância 1 e 2, em que foram retirados 91 e 28 artigos, respectivamente. A quantidade de artigos desta plataforma relevantes para a revisão foi de 16; (b) Periódicos da CAPES: inicialmente

havia 175 artigos; no refinamento 1 eliminaram-se 12, com 163 seguindo para os testes de relevância 1 e 2, em que foram removidos 47 e 96, respectivamente. Do portal da CAPES, 20 artigos foram incluídos no estudo. Dessa maneira, 36 artigos foram considerados válidos e compuseram o banco de dados desta revisão, por atenderem a todos os critérios de inclusão e terem sido aprovados nos testes de relevância

Caracterização dos artigos da RSL

Os estudos analisados adotaram um caráter quantitativo (91,67%) ou quantitativo/qualitativo (8,33%). Dos 36 estudos revisados, 11 (30,56%) foram publicados em língua portuguesa, 22 (61,11%) em língua inglesa e apenas 3 (8,33%) estudos em espanhol. Esse panorama reflete a escassez de publicações nacionais, o que mostra a escassez de pesquisas voltadas à compreensão dos processos cognitivos. Em relação à nacionalidade dos estudos, 14 (38,90%) foram realizados na América do Sul (Brasil, Peru, Argentina e Chile), 9 (25,00%) na Europa (Holanda, Itália, França, Irlanda e Portugal), 4 (11,11%) na América do Norte (EUA e México), 4 (11,11%) na Euroásia (Lituânia e Turquia), 2 (5,55%) na Oceania (Austrália) e 3 (8,33%) não descreveram o local onde foram realizadas as pesquisas. Quanto ao período de publicação, foi observado que 16 (44,44%) dos estudos foram publicados no intervalo entre 2008 a 2013, e 20 (55,56%) foram publicados no período entre 2014 e 2019. Em relação à caracterização do método, 29 (80,56%) estudos tinham caráter transversal e 7 (19,44%) foram de caráter longitudinal.

Instrumentos de avaliação da autopercepção

Foram identificadas, no total, 29 medidas usadas para avaliação da auto-percepção em adolescentes, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 — Demonstrativo dos instrumentos avaliativos da autopercepção

Instrumento	Autor / Ano	Tipo de Escala de resposta	Nº de Itens	Validação	Nº de estudos que utilizaram
1. Questionário semiestruturado	Almeida & Behlau (2009)	Questões de múltipla escolha e descritiva	15	Não validada	1
2. Autorrelato	Groman et al. (2013)	Questões subjetivas	5	Não validada	1
3. Pergunta estruturada	Edwards et al. (2018)	Escala Likert de 5 pontos	1	Não validada	1
4. Physical Self Perception Questionnaire (PSQD)	Meleddu et al. (2002)	Escala Likert de 6 pontos	70	Validada	1
5. Self-Perception Profile for Children	Harter (1985)	Questões com 2 opções de descrição	36	Validada	1
6. Children's Physical Self-Perception Profile (C-PSPP)	Whitehead (1995)	Questões com 2 opções de descrição	30	Validada	2
7. Self Perception Profile of Adolescent	Van Riel et al. (2014)	Questões com 2 opções de descrição	35	Validada	1
8. Self Perception Profile of Adolescent	Harter (1988)	Questões com 2 opções de descrição	45	Validada	6
9. Percepción del Niño (CPQ)	Jokovic et al. (2002)	Escala Likert de 5 pontos	39	Validada	1
10. Vécu Santé Perçu par l'Adolescent (VSP-A)	Sapin et al. (2005)	Escala Likert de 5 pontos	Não informou	Não validada	1
11. Escala de autopercepción de la aptitud física (EAPAF)	Cossio-Bolaños et al. (2016)	Escala Likert de 3 pontos	18	Validada	1
12. Physical Self-Perception Profile (PSPP)	Fox & Corbin (1989)	Questões com 2 opções de descrição	30	Validada	1
13. Perguntas estruturadas	Molina-Frechero et al. (2017)	Escala Likert de 5 pontos	3	Não validada	1
14. Self Perception Profile for Learning-Disabled Students	Renick & Harter (1988)	Questões com 2 opções de descrição	46	Não validada	1

continua...

...continuação

Instrumento	Autor / Ano	Tipo de Escala de resposta	Nº de Itens	Validação	Nº de estudos que utilizaram
15. Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA)	Gürnüç (2010)	Questões com 2 opções de descrição	30	Validada	1
16. Pergunta estruturada	Nogueira-de-Almeida et al. (2018)	Questões com 5 opções de descrição	1	Não validada	1
17. Continuum de 9 silhuetas	Tiggemann & Wilson-Barrett (1998)	Questões com 9 opções de resposta	2	Não validada	1
18. Questionário semiestruturado	Godoy et al. (2013)	Questões com 3 opções de resposta	3	Não validada	1
19. Conjunto de Silhuetas	Stunkard et al. (1983)	Imagens de silhueta com opções de resposta	9	Não validada	2
20. Pergunta estruturada	Enríquez Peralta & Quintana Salinas (2016)	Questão com 5 opções de resposta	1	Não validada	1
21. Body Shape Questionnaire	Di Pietro & Silveira (2009)	Escala Likert de 6 pontos	34	Não validada	1
22. Pergunta estruturada	Sousa et al. (2010)	Pergunta com 4 opções de resposta	1	Não validada	1
23. Academic Self-Concept Scale	Ordaz-Villegas et al. (2013)	Escala Likert de 5 pontos	28	Validada	1
24. Escala de Autoconceito para Adolescentes (EAA)	Harter (1993)	Escala Likert de 4 pontos	40	Validada	1
25. Autopercepção da Aptidão Física (SPSF)	Baceviciene et al. (2019)	Pergunta com 5 opções de resposta	1	Não validada	1
26. Scale Self-Concept Clarity	Campbell et al. (1996)	Escala Likert de 5 pontos	12	Validada	1
27. Self-Concept Form 5	García & Musitu (1999)	Escala de 99 pontos	30	Validada	1
28. Oral Aesthetic Subjective Impact Score (OASIS)	Mandall et al. (2000)	Escala Likert de 7 pontos	5	Validada	1
29. Pergunta acerca da Autopercepção da Saúde (APS)	Silva et al. (2019)	Pergunta com 4 opções de resposta	1	Não validada	1

A análise dos estudos revelou que as três medidas com maior índice de ocorrência foram o Self Perception Profile of Adolescent (SPPA) (Harter, 1988), em 6 estudos (20,69%), o Children's Physical Self-Perception Profile (C-PSPP) (Whitehead, 1995), em 2 estudos (6,89%), e o Conjunto de Silhuetas (Stunkard et al., 1983), em 2 estudos (6,89%). Os outros instrumentos incluídos nesta RSL obtiveram 1 ocorrência (3,45%) cada. No que concerne ao ano de elaboração dos instrumentos, observou-se que 14 (48,28%) foram elaborados na última década. Quanto à tipificação das questões avaliativas, 11 (37,93%) instrumentos utilizavam escalas tipo Likert, com variação de 3 a 7 pontos; 6 (20,69%) apresentavam questões com duas opções de descrição, 9 (31,03%) tinham perguntas que variavam entre 1, 4, 5, 6 e 9 opções de resposta, e 3 (10,35%) usavam questões discursivas, com o objetivo de levantar dados qualitativos.

Descrição dos instrumentos

A partir da análise dos instrumentos levantados nesta RSL, que buscaram mensurar o constructo da autopercepção, 14 (48,28%) são instrumentos validados e 15 (51,72%) são instrumentos ainda não validados. Esses recursos foram aplicados ao público adolescente, na faixa etária de 10 a 19 anos.

Instrumentos validados

Dentre os 14 instrumentos validados, 8 (57,15%) escalas utilizavam o sistema Likert de resposta, variando de 5 a 70 itens com questões diretas. As demais escalas validadas variaram entre 30 e 45 itens e se diferenciaram das oito primeiras em que o indivíduo tinha a possibilidade de escolher somente entre duas opções de resposta. Estas 6 (42,85%) escalas versavam acerca de aspectos como aparência física, apelo romântico, amizade íntima, competência social, conduta comportamental, competência escolar, dentre outros. Dos 14 instrumentos validados, 4 (28,58%) foram usados na Europa (Itália, Portugal, Holanda e Espanha), 2 (14,29%) na América do Sul (Peru e Chile), 1 (7,13%) na América do Norte (México), 2 (14,29%) na Euroásia (Lituânia e Turquia), 1 (7,13%) na Oceania (Austrália) e 4 (28,58%) não informaram o local de aplicação. Não foram achados instrumentos validados em estudos realizados no Brasil, o que leva a uma reflexão a respeito da carência de publicações nacionais que investiguem o constructo da autopercepção, sobretudo entre o público adolescente.

Ressalta-se que esses instrumentos foram analisados a partir de seu processo de validade (conteúdo, critério e construto) e fidedignidade (Alexandre & Coluci, 2011; Pasquali, 2009; Primi, 2010). A Tabela 2 apresenta as evidências de adequação dos instrumentos: validade e fidedignidade. As informações são apresentadas em três partes: a primeira coluna identifica o instrumento, seus autores e ano; as seguintes descrevem os critérios de validade do instrumento: construto, critério (validade discriminante e concorrente) e conteúdo; e as últimas demonstram os critérios de fidedignidade dos instrumentos, com uma coluna onde está identificado o estudo e indicada a consistência interna (valor do alfa de Cronbach) e outra, a correlação (que demonstra se houve algum critério complementar ao valor do alfa de Cronbach).

No que se refere à avaliação da validade de construto, verificada por técnica de análise fatorial e exploratória das hipóteses, observaram-se oito instrumentos. Dentre eles destaca-se a Escala de Autopercepción de la Aptitud Física (EAPAF), utilizada por Cossio-Bolaños et al. (2016), que avaliaram a autopercepção e a atitude física de 3.060 adolescentes, considerando as variáveis idade e sexo. Os dados foram organizados em quatro dimensões (morfológica, muscular, motora e cardiovascular), a fim de favorecer a investigação das propriedades e características da EAPAF. A relação entre as variáveis foi verificada por meio da análise fatorial confirmatória. Dentre os resultados, os autores descreveram que as mulheres apresentaram níveis menores de autopercepção nas dimensões muscular, motora e cardiovascular ao longo do tempo. O alfa de Cronbach nesse estudo, variou entre 0,82 e 0,85 e apresentou elevado nível de consistência interna, de 0,84.

A validade de critério indica a capacidade de anunciar o desempenho do sujeito, e pode ser dividida em validade discriminante e validade concorrente (Pasquali, 2009; Primi, 2010). A análise dos estudos revelou 10 medidas validadas com base no critério de validade discriminante (discriminação de grupos, visando a comparação entre si). Como exemplo cita-se o estudo de Padiál-Ruz et al. (2020), que utilizou o instrumento Self-Concept Form 5 (AF-5), de García e Musitu (1999), para medir o autoconceito, isolamento emocional e funcionamento da família de 2.388 adolescentes, com idade entre 11 e 17 anos, em relação às práticas de educação física. Os dados foram investigados por meio de análise de cinco dimensões: Autoconceito Acadêmico (AA), Autoconceito Social (AS), Autoconceito Emocional (AE), Autoconceito de Família (AFM) e do Autoconceito Físico (AF). Dentre os resultados, relatou-se que o autoconceito, em todas as suas dimensões, alcançou um nível mais alto entre os indivíduos envolvidos em atividades físicas, confirmando seus efeitos positivos a nível físico e mental, nas relações sociais e no desempenho acadêmico. A escala apresentou um alfa de Cronbach global de 0,83.

Tabela 2 — Evidência da fidedignidade e validação dos instrumentos

Instrumento, Autor, Ano	Validade			Fidedignidade	
	Construto	Critério		Consistência Interna	Correlação
		Discriminante	Concorrente		
1. Physical Self Perception Questionnaire (PSQD) Meleddu et al. (2002)	S	—	S	Labrozzi et al. (2013) $0,75 < \alpha < 0,90$	—
2. Self-Perception Profile for Children (SPPC) Harter (1985)	S	—	S	Stewart et al. (2010) $\alpha = 0,80$	—
3. Children's Physical Self-Perception Profile (C-PSPP) Whitehead (1995)	S	—	S	Lubans et al. (2011) $0,82 < \alpha < 0,91$	—
	—	S	—	Morgan et al. (2012) $0,76 < \alpha < 0,83$	—
	—	S	—	Van Riel et al. (2014) $\alpha = 0,80$	T = 0,72 RT = 0,76
	—	—	S	Crocetti et al. (2018) $0,61 < \alpha < 0,73$	S
	—	S	—	Calero et al. (2018) $0,71 < \alpha < 0,84$	S
4. Self Perception Profile of Adolescent Van Riel et al. (2014)	S	S	—	Yildiz et al. (2011) $0,78 < \alpha < 0,92$	—
	—	S	—	Jamison & Schuttler (2015) $0,65 < \alpha < 0,89$	S
	—	—	S	Öztürk & Özmen (2016) $\alpha = 0,72$	T = 0,93 RT = 0,60
	S	—	S	Bandeira et al. (2008) $0,48 < \alpha < 0,84$	S

continua...

...continuação

Instrumento, Autor, Ano	Validade			Fidedignidade	
	Construto	Critério		Consistência Interna	Correlação
		Discriminante	Concorrente		
5. Percepción del Niño (CPQ) Jokovic et al. (2002)	—	—	S	Apaza et al. (2015) $\alpha = 0,91$	—
6. Escala de autopercepción de la aptitud física (EAPAF) Cossio-Bolaños et al. (2016)	S	S	—	Cossio-Bolaños et al. (2016) $0,82 < \alpha < 0,85$	—
7. Physical Self-Perception Profile (PSPF) Fox & Corbin (1989)	—	—	S	Çağlar & Aşçı (2010) $0,53 < \alpha < 0,70$	—
8. Academic Self-Concept Scale Ordaz-Villegas et al. (2013)	S	—	—	Ordaz-Villegas et al. (2013) $\alpha = 0,82$	—
9. Escala de Autoconceito para Adolescentes (EAA) Harter (1993)	S	S	—	Carvalho et al. (2017) $\alpha = 0,90$	—
10. Scale Self-Concept Clarity Campbell et al. (1996)	—	S	—	Levey et al. (2019) $0,83 < \alpha < 0,92$	—
11. Self-Concept Form 5 García & Musitu (1999)	—	S	—	Padial-Ruz et al. (2020) $\alpha = 0,83$	—
12. Oral Aesthetic Subjective Impact Score (OASIS) Mandall et al. (2000)	—	S	—	Pasiga et al. (2019) —	—

Notas

 α – alfa de Cronbach

S – Evidências positivas

— Informação não disponível nos estudos revisados.

Sob a análise do critério com validade concorrente (quando o instrumento é comparado com outras medidas do mesmo objeto), foram encontrados oito instrumentos que utilizaram a comparação com outras medidas para validar seus resultados. Essa situação pode ser observada no estudo de Stewart et al. (2010), que avaliou as propriedades psicométricas da Self-Perception Profile for Children (SPPC) para uso numa população de 92 meninas afro-americanas. Os resultados do estudo foram comparados com a Escala de Autoestima de Rosenberg, em que se percebeu que a SPPC teve baixa validade convergente nessa comparação, o que torna questionável sua validade para uso em adolescentes afro-americanas (Stewart et al., 2010).

A validade de conteúdo informa se o instrumento constitui uma amostra representativa de determinado objeto a ser investigado (Alexandre & Coluci, 2011). Nesse sentido, observou-se que somente um instrumento, o Academic Self-Concept Scale, de Ordaz-Villegas et al. (2013), utilizou essa técnica para validar seus resultados. Os autores buscaram construir e validar uma escala de autoconceito acadêmico (Academic Self-Concept Scale) com dimensões globais, focada em estudantes adolescentes. A amostra foi constituída por 347 adolescentes (de 14 a 18 anos) de uma escola pública da Cidade do México. A pesquisa foi realizada em dois momentos: no primeiro, foi elaborado um questionário aberto para ser aplicado com a intenção de conhecer as atividades acadêmicas dentro e fora da escola. No segundo, uma pesquisa de perguntas fechadas foi aplicada aos adolescentes. Os resultados agruparam 16 itens em quatro fatores: autorregulação, habilidades intelectuais gerais, motivação e criatividade. A escala apresentou um alfa de Cronbach global de 0,82.

No que se refere à fidedignidade (capacidade de mensuração sem erros), verificou-se que nove escalas validadas apresentaram 100% de consistência interna positiva, validada pelo alfa de Cronbach, e que duas (22,20%) delas aferiram sua precisão por meio de teste-reteste, como é o caso da medida Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA), do estudo de Öztürk e Özmen (2016), com 771 adolescentes do ensino médio (idade média de 16 anos) na Turquia. Com intuito de compreender a relação entre o uso problemático da internet e a autopercepção (aparência física, aceitação social/romance, conduta comportamental, competência atlética e competência profissional), relacionando-os com o gênero e o tipo de ensino médio que os alunos frequentavam, os resultados mostraram que o uso problemático da internet apresentou correlação positiva com o apelo romântico e a competência atlética, aspectos da autopercepção, e, ainda, que a consistência interna do instrumento foi de $\alpha = 0,72$ (Öztürk & Özmen, 2016).

Instrumentos não-validados

Observando os instrumentos não validados, encontraram-se escalas, questionários semiestruturados, autorrelato, conjunto de imagens e perguntas estruturadas. Dos 15 instrumentos não validados, 3 (20%) foram utilizados em estudos transversais, na Europa e na América do Sul, com intuito de levantar dados de natureza quanti/qualitativa. Os demais instrumentos dividiram-se em: 3 (20%) que foram utilizados em pesquisas longitudinais, nos EUA e Europa (França, Holanda e Irlanda); e 9 (60%) em pesquisas transversais, no Brasil, México e Lituânia; todos coletando dados quantitativos.

Considerando o tipo de escala de resposta e o estilo de avaliação dos instrumentos não validados, percebeu-se que 6 (40%) utilizaram o sistema Likert de resposta, variando entre 1 e 34 itens, com questões diretas; 6 (40%) instrumentos usaram questões com 2 a 9 opções de descrição, que abordavam tópicos como habilidades escolares, aceitação social, habilidades esportivas, aparência física, amizades, percepção da saúde, dentre outros.

Assumindo um estilo psicométrico, em que é enfatizada a padronização do estímulo, priorizando a objetividade, Silva et al. (2019) aplicaram uma escala Likert a 373.386 adolescentes, na faixa etária entre 14 e 19 anos, no estado de Pernambuco, Brasil, investigando a Autopercepção da Saúde (APS). Os adolescentes responderam a uma pergunta (“Em geral, você considera que sua saúde é?”) que contava com quatro opções de resposta (Ruim, Regular, Boa e Excelente). Para a análise, as opções foram categorizadas de forma dicotômica: positiva (excelente/boa) e negativa (regular/ruim). Dentre os resultados, foi relatada elevada prevalência negativa de Auto Percepção da Saúde (APS), particularmente entre as meninas.

O estilo impressionista foi percebido em 3 (20%) dos instrumentos não validados, nos quais foram encontradas questões subjetivas ou descritivas, com utilização de imagens, nas quais os sujeitos podiam ampliar suas respostas (Primi, 2010). Como exemplo desse estilo cita-se o estudo de Gromann et al. (2013), com 724 adolescentes, com o objetivo de investigar a autopercepção do bullying, mensurada por meio do Revised Olweus Bullying Questionnaire, procedimento padrão de autorrelato. Usou-se a pergunta geral “Quantas vezes você foi vítima de bullying nos últimos três meses?”, apresentando cinco itens para avaliar as diferentes formas de vitimização: verbal, relacionamento direto, físico, relacionamento indireto e relacionado a posse.

Observou-se que o estilo de avaliação psicométrico (80%) e impressionista (20%) foi encontrado entre os instrumentos não validados. De modo semelhante, dentre os oito estudos encontrados no contexto brasileiro, foram identificadas pesquisas que adotaram cada um dos estilos de avaliação, isto é, psicométricos

(seis) e impressionistas (duas). No entanto, não se observou a utilização de ambos os estilos num mesmo estudo.

Discussão geral sobre os instrumentos

A presente revisão evidenciou o interesse e a diversidade das pesquisas acerca da autopercepção em adolescentes (Carvalho et al., 2017), revelando grande quantidade de instrumentos (29) sobre o tema. Dos instrumentos ora levantados, 24 (82,75%) eram questionários, escalas e inventários autoaplicados de estilo psicométrico, pautados em parâmetros fechados, muito utilizados. Provavelmente, essa alta incidência se deve à facilidade de aplicação desse tipo de instrumento, uma vez que demandam menos tempo e são de baixo custo. Entretanto, outros tipos de recursos, como entrevistas e perguntas descritivas também foram observadas, embora em menor quantidade: 5 (17,25%). A literatura sugere a necessidade de se combinar os dois estilos de instrumentos, com vistas a uma melhor compreensão do fenômeno avaliado (DeSousa et al., 2013).

Considerando a amplitude da autopercepção, percebeu-se que os estudos investigaram os seguintes domínios: competência escolar, social e atlética, aparência física, trabalho, namoro, conduta comportamental e amizade, presentes em 12 (41,28%) dos materiais analisados; ou de alguma característica específica relacionada ao construto, como a percepção da capacidade de aprendizagem: 3 (10,35%), da saúde bucal: 3 (10,35%) ou da voz: 1 (3,45%), demonstrando seu caráter multifacetado.

Todavia, encontra-se uma fragilidade ao observar os instrumentos destinados a avaliar uma característica específica da autopercepção, como por exemplo a percepção de bullying, em que há a necessidade da utilização de uma combinação de instrumentos com estilos avaliativos diferentes (psicométrico e impressionista), com intuito de ampliar a percepção, considerando diferentes olhares (pares, família, escola). A ampliação desse foco possibilitaria a percepção de práticas desfavoráveis de infortúnio social em sua fase inicial, o que diminui sua interferência nas habilidades sociais dos jovens e na fragilização de sua autopercepção (Gromann et al., 2013), o que pode se refletir em suas perspectivas futuras (Harter, 1999).

Assim, ao investigar instrumentos que busquem mensurar determinado construto, deve-se atentar ao seu processo de validação e às suas propriedades internas, para que se façam escolhas acertadas quanto aos recursos a serem utilizados na avaliação, para garantir dados confiáveis e consistentes. Nesse sentido, os indicadores psicométricos avaliados indicaram que os estudos apresentaram evidências adequadas de validade e de fidedignidade para os instrumentos validados.

Com relação às evidências de adequação dos instrumentos, a validade de conteúdo se mostrou o parâmetro menos investigado. De acordo com Pasquali (2009), essa validação é composta pela construção do instrumento (considerando todos os aspectos que constituem o construto) e sua posterior apreciação por juízes (pessoas experientes na avaliação do fenômeno) que analisam a capacidade de determinado material representar as especificidades do construto a ser investigado, não sendo utilizada, para isso, nenhuma técnica estatística.

Pasquali (2009) ressaltou a dificuldade em validar o conteúdo de um instrumento, haja vista a necessidade de o material ser uma representação clara dos aspectos que dão sustentação ao construto, o que constitui uma dificuldade, diante do caráter multifacetado da autopercepção. Isso, por sua vez, influencia na organização (escolha) dos juízes que participarão da segunda etapa do processo, o que explica sua menor ocorrência nos estudos de validação de instrumentos que visam medir a autopercepção em adolescentes.

Outra reflexão que se faz diante dos dados alcançados é sobre os instrumentos não validados. Em se tratando dos que adotaram uma natureza psicométrica, a literatura chama a atenção não somente para sua capacidade de produção e riqueza de informação, mas também para a possibilidade de sua aplicação, correção e replicação, a fim de trazer a segurança isonômica dos dados. No que se refere ao estilo impressionista, as discussões giram em torno da forma como é estruturada a situação a ser investigada, se o recurso reflete aspectos fundamentais acerca do construto e, ainda, da maneira como os testes são interpretados. Isso pode implicar em limitações em seus procedimentos de codificação, homogeneização das respostas e sua análise, uma vez que, geralmente, envolve a subjetividade do pesquisador, tornando mais difícil sua mensuração e interpretação e comprometendo o processo de validação (Pasquali, 2009).

Considerações finais

O procedimento avaliativo é uma atividade complexa que tem como propósito compreender o funcionamento psicológico do sujeito, compreender suas perspectivas e suas percepções, com intuito de criar e organizar programas e intervenções promotores de saúde. É uma tarefa difícil, que requer rigor metodológico. Nesse sentido, a psicometria utiliza estratégias para assegurar a validade de seus instrumentos de avaliação. Em geral, destaca-se o modelo trinitário, composto por técnicas que avaliam sua validade de construto, de conteúdo e de critério.

A partir de tais análises, pode-se escolher ferramentas apropriadas, com sólida sustentação de seus processos de validação e confiabilidade.

Nessa perspectiva e com o objetivo de sistematizar os dados das pesquisas a despeito da avaliação da autopercepção, a presente revisão descreveu os principais instrumentos utilizados, buscando caracterizá-los a partir de marcos teórico-conceituais pertencentes à avaliação psicológica, considerando sua validade e fidedignidade, assim como seus estilos avaliativos: psicométrico e impressionista.

Os resultados encontrados indicaram que os instrumentos de autopercepção predominantes foram de natureza psicométrica, fornecendo dados quantitativos, caracterizado por tarefas padronizadas, com os quais a correção e a interpretação são feitas a partir da comparação com critérios preestabelecidos. Por um lado, esse tipo de instrumento assegura o rigor metodológico da pesquisa e garante a uniformidade no processo de coleta e análise de dados. Por outro, gera apenas uma fonte de informação para analisar diferentes dimensões de determinado construto. Seu parâmetro fechado/objetivo não considera detalhes que possam contribuir para a compreensão das características individuais dos sujeitos que se encontram escalonados em diferentes níveis do instrumento.

Sob essa ótica, sugere-se, para pesquisas futuras, a utilização da combinação de instrumentos com estilos diferenciados, que permitam o acesso de dados não apenas quantitativos (psicométricos), mas também de natureza qualitativa (impressionista) que permitam a compreensão mais ampla sobre a construção da autopercepção. A maior limitação desta revisão foi o foco somente nos instrumentos de mensuração da autopercepção, sem considerar seu contexto de aplicação. No entanto, esse critério foi empregado para garantir um número significativo de estudos, com uma variedade de instrumentos. Sua maior contribuição é apresentar um panorama atual da disponibilidade de instrumentos de avaliação da autopercepção, como também informar a inexistência de uma medida validada por estudos realizados no Brasil, evidenciando a necessidade de investimento científico na construção e validação de instrumentos destinados ao público adolescente brasileiro.

Referências

- Alexandre, N. M. C.; Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061-3068. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>

- Almeida, A. A. F.; Behlau, M. (2009). A autopercepção da voz do adolescente. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14(2), 186-191. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342009000200008>
- Apaza, S.; Torres, G.; Blanco, D.; Ruíz, C.; Anticona, C. (2015). Auto percepción del impacto de caries dental en la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años de edad. *Revista Odontología Pediátrica*, 14(1), 19-28. <https://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatica/article/view/88/>
- Baceviciene, M.; Jankauskiene, R.; Emeljanovas, A. (2019). Self-perception of physical activity and fitness is related to lower psychosomatic health symptoms in adolescents with unhealthy lifestyles. *BMC Public Health*, 19(1), 980. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7311-2>
- Bandeira, D. R.; Arteché, A. X.; Reppold, C. T. (2008). Escala de autopercepção de Harter para adolescentes: Um estudo de validação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3), 341-345. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000300010>
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Artes Médicas.
- Calero, A. D.; Barreyro, J. P.; Injoke-Ricle, I. (2018). Emotional intelligence and self-perception in adolescents. *Europe's Journal of Psychology*, 14(3), 632-643. <https://doi.org/10.5964/ejop.v14i3.1506>
- Campbell, J. D.; Trapnell, P. D.; Heine, S. J.; Katz, I. M.; Lavalley, L. F.; Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 141-156. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.1.141>
- Capodiecì, A.; Crisci, G.; Mammarella, I. C. (2019). Does positive illusory bias affect self-concept and loneliness in children with symptoms of ADHD?. *Journal of Attention Disorders*, 23(11), 1274-1283. <https://doi.org/10.1177/1087054718763735>
- Carvalho, R. G.; Fernandes, E.; Câmara, J.; Gonçalves, J. A.; Rosário, J.; Freitas, S.; Carvalho, S. (2017). Relações de amizade e autoconceito na adolescência: Um estudo exploratório em contexto escolar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(3), 379-388. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000300006>
- Cossio-Bolaños, M.; Vasquez, P.; Luarte-Rochab, C.; Sulla-Torres, J.; Gómez Campos, R. (2016). Evaluación de la autopercepción de la aptitud física y propuesta de normativas en adolescentes escolares chilenos: Estudio EAPAF. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 114(4), 319-328. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0325-00752016000400008
- Crocetti, E.; Moscatelli, S.; Kaniušonytė, G.; Branje, S.; Žukauskienė, R.; Rubini, M. (2018). Adolescents' self-perception of morality, competence, and sociability and their interplay with quality of family, friend, and school relationships: A three-wave longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(8), 1743-1754. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0864-z>
- Cronbach, L. J. (1996). *Fundamentos da testagem psicológica*. Artes Médicas.

- Çağlar, E.; Aşçı, F. H. (2010). Motivational cluster profiles of adolescent athletes: An examination of differences in physical-self perception. *Journal of Sports Science & Medicine*, 9(2), 231-238. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3761730/>
- DeSousa, D. A.; Moreno, A. L.; Gauer, G.; Manfro, G. G.; Koller, S. H. (2013). Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 397-410. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000300015
- Di Pietro M.; Silveira D. X. (2009). Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(1), 21-24. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000017>
- Edwards, N. M.; Pettingell, S.; Borowsky, I. W. (2010). Where Perception Meets Reality: Self-perception of weight in overweight adolescents. *Pediatrics*, 125(3), e452-e458. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0185>
- Enríquez Peralta, R. E.; Quintana Salinas, M. R. (2016). Autopercepción de la imagen corporal y prácticas para corregirla, en adolescentes de una institución educativa, Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(2), 117-122. <https://doi.org/10.15381/anales.v77i2.11815>
- Ferreira, E. A.; Pereira, E. C. C. S.; Ramos, M. F. H. (2020). Panorama dos estudos sobre autoeficácia e satisfação no trabalho de docentes da educação básica. *Cadernos de Pesquisa*, 27(2), 333-357. <https://doi.org/10.18764/2178-2229.v28n2-2020-14>
- Fox, K. R.; Corbin, C. B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(4), 408-430. <https://doi.org/10.1123/jsep.11.4.408>
- García, F.; Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*, p. 13-37. TEA.
- Godoy, J. A.; Abrahão, R. C.; Halpern, R. (2013). Autopercepção de dificuldades escolares em alunos do ensino fundamental e médio em município do Rio Grande do Sul. *Aletheia*, (41), 121-133. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200010
- Gomes, I. S.; Caminha, I. O. (2014). Guia para estudos de revisão sistemática: Uma opção metodológica para as ciências do movimento humano. *Movimento*, 20(1), 395-411. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.41542>
- Grolli, V. Wagner, M. F.; Dalbosco, S. N. P. (2017). Sintomas depressivos e de ansiedade em adolescentes do ensino médio. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 87-103. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.2123>
- Gromann, P. M.; Goossens, F. A.; Olthof, T.; Pronk, J.; Krabbendam, L. (2013). Self-perception but not peer reputation of bullying victimization is associated with non-clinical psychotic experiences in adolescents. *Psychological Medicine*, 43(4), 781-787. <https://doi.org/10.1017/S003329171200178X>
- Gümüş, A. E. (2010). The construct validity, reliability of self-perception profile for adolescents: Original versus revised version. *Eurasian Journal of Educational Research*, (39), 127-144.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. University of Denver. <https://www.apa.org/obesity-guideline/self-perception.pdf> (acessado 18/11/2023)

- Harter, S. (1988). *The Self-Perception Profile for Adolescents*. University of Denver. <https://doi.org/10.1037/t05703-000>
- Harter, S. (1993). Self and identity development. In S. S. Feldman; G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent*, p. 352-387. Harvard University Press. <https://psycnet.apa.org/record/1990-98975-013/> (acessado 18/11/2023)
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford. <https://psycnet.apa.org/record/1999-02441-000/> (acessado 18/11/2023)
- Jamison, T. R.; Schuttler, J. O. (2015). Examining social competence, self-perception, quality of life, and internalizing and externalizing symptoms in adolescent females with and without autism spectrum disorder: A quantitative design including between-groups and correlational analyses. *Molecular Autism*, 6(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13229-015-0044-x>
- Jokovic, A.; Locker, D.; Stephens, M.; Kenny, D.; Tompson, B.; Guyatt, G. (2002). Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *Journal of Dental Research*, 81(7), 459-463. <https://doi.org/10.1177/154405910208100705>
- Labbrozzi, D.; Robazza, C.; Bertollo, M.; Bucci, I.; Bortoli, L. (2013). Pubertal development, physical self-perception, and motivation toward physical activity in girls. *Journal of Adolescence*, 36(4), 759-765. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.06.002>
- Levey, E. K. V.; Garandeanu, C. F.; Meeus, W.; Branje, S. (2019). The longitudinal role of self-concept clarity and best friend delinquency in adolescent delinquent behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(6), 1068-1081. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-00997-1>
- Lubans, D. R.; Hesketh, K.; Cliff, D. P.; Barnett, L.M.; Salmon, J.; Dollman, J.; Morgan, P. J.; Hills, A. P.; Hardy, L. L. (2011). A systematic review of the validity and reliability of sedentary behaviour measures used with children and adolescents. *Obesity Reviews*, 12(10), 781-799. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00896.x>
- Mandall, N. A.; McCord, J. F.; Blinkhorn, A. S.; Worthington, H. V.; O'Brien, K. D. (2000). Perceived aesthetic impact of malocclusion and oral self-perceptions in 14-15-year-old Asian and Caucasian children in greater Manchester. *European Journal of Orthodontics*, 22(2), 175-183. <https://doi.org/10.1093/ejo/22.2.175>
- Meleddu, M.; Scalas, L. F.; Guicciardi, M. (2002). Contributo alla validazione italiana del physical self-description questionnaire. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 237, 36-52. https://www.researchgate.net/publication/285741280_Contributo_alla_validazione_italiana_del_physical_self-description_questionnaire/
- Molina-Frecherо, N.; Nevarez-Rascón, M.; Nevarez-Rascón, A.; González-González, R.; Irigoyen-Camacho, M. E.; Sánchez-Pérez, L.; López-Verdin, S.; Bologna-Molina, R. (2017). Impact of dental fluorosis, socioeconomic status and self-perception in adolescents exposed to a high level of fluoride in water. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1), 73. <https://doi.org/10.3390/ijerph14010073>

- Morgan, P. J.; Saunders, K. L.; Lubans, D. R. (2012). Improving physical self-perception in adolescent boys from disadvantaged schools: Psychological outcomes from the Physical Activity Leaders randomized controlled trial. *Pediatric Obesity*, 7(3), e27-e32. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00050.x>
- Nogueira-de-Almeida, C. A.; Garzella, R. C.; Natera, C. C.; Almeida, A. C. F.; Ferraz, I. S.; Del Ciampo, L. A. (2018). Distorção da autopercepção de imagem corporal em adolescentes. *International Journal of Nutrology*, 11(2), 61-65. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1669407>
- Ordaz-Villegas, G.; Acle-Tomasini, G.; Reyes-Lagunes, L. I. (2013). Development of an academic self concept for adolescents (ASCA) scale. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 5(2), 117-130. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007078013716924/>
- Öztürk, E.; Özmen, S. K. (2016). The relationship of self-perception, personality and high school type with the level of problematic internet use in adolescents. *Computers in Human Behavior*, 65, 501-507. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.09.016>
- Padial-Ruz, R.; Pérez-Turpin, J. A.; Cepero-González, M.; Zurita-Ortega, F. (2020). Effects of physical self-concept, emotional isolation, and family functioning on attitudes towards physical education in adolescents: Structural equation analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 94. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010094>
- Pasiga, B. D. D.; Samad, R.; Pratiwi, R. (2019). Relationship of oral aesthetic assessment according to self perception with oral malocclusion condition of high school students in Sidrap district, South Sulawesi Indonesia. *Brazilian Dental Science*, 22(4), 450-457. <https://doi.org/10.14295/bds.2019.v22i4.1712>
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(spe), 992-999. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>
- Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: Fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 25-35. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000500003>
- Renick, M. J.; Harter, S. (1988). *Manual for the self-perception profile for learning-disabled students*. University of Denver.
- Sapin, C.; Simeoni, M.-C.; El Khammar, M.; Antoniotti, S.; Auquier, P. (2005). Reliability and validity of the VSP-A, a health-related quality of life instrument for ill and healthy adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 36(4), 327-336. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.01.016>
- Schmid, K. L.; Phelps, E.; Kiely, M. K.; Napolitano, C. M.; Boyd, M. J.; Lerner, R. M. (2011). The role of adolescents' hopeful futures in predicting positive and negative developmental trajectories: Findings from the 4-H study of positive youth development. *The Journal of Positive Psychology*, 6(1), 45-56. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.536777>

- Silva, A. O.; Diniz, P. R. B.; Santos, M. E. P.; Ritti-Dias, R. M.; Farah, B. Q.; Tassitano, R. M.; Oliveira, L. M. F. T. (2019). Health self-perception and its association with physical activity and nutritional status in adolescents. *Jornal de Pediatria*, 95(4), 458-465. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.05.007>
- Sousa, T. F.; Silva, K. S.; Garcia, L. M. T.; Del Duca, G. F.; Oliveira, E. S. A.; Nahas, M. V. (2010). Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(4), 333-339. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822010000400008>
- Souza, A. C.; Alexandre, N. M. C.; Guirardello, E. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: Avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649-659. <https://www.scielo.br/j/ress/al/v5hs6c54VrhmjvN7yGcYb7b/>
- Stewart, P. K.; Roberts, M. C.; Kim, K. L. (2010). The psychometric properties of the Harter self-perception profile for children with at-risk African American females. *Journal of Child and Family Studies*, 19(3), 326-333. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9302-x>
- Stunkard, A. J.; Sørensen, T.; Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: S. S. Kety; L. P. Rowland; R. L. Sidman; S. W. Mathysse (Eds.). *Genetics of neurological and psychiatric disorders*, p. 115-120. Raven. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048170>
- Tiggemann, M.; Wilson-Barrett, E. (1998). Children's figure ratings: Relationship to self-esteem and negative stereotyping. *International Journal of Eating Disorders*, 23(1), 83-88. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199801\)23:1<83::AID-EAT10>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199801)23:1<83::AID-EAT10>3.0.CO;2-O)
- Van Riel, C. A. H. P.; Meijer-van den Bergh, E. E. M.; Kemps, H. L. M.; Feuth, T.; Schreuder, H. W. B.; Hoogerbrugge, P. M.; De Groot, I. J. M.; Mavinkurve-Groothuis, A. M. C. (2014). Self-perception and quality of life in adolescents during treatment for a primary malignant bone tumour. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 267-272. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.01.005>
- Whitehead, J. R. (1995). A study of children's physical self-perceptions using an adapted Physical Self-Perception Profile questionnaire. *Pediatric Exercise Science*, 7(2), 132-151. <https://doi.org/10.1123/pes.7.2.132>
- Yıldız, C. E.; Zahmacıoğlu, O.; Koca, B.; Oktay, V.; Gökalp, S.; Eroğlu, A. G.; Çetin, G.; Öztunç, F. (2011). Self perception and quality of life of adolescents who had undergone open-heart surgery due to cyanotic congenital heart disease in their infancy. *Turkish Archives of Pediatrics*, 46(3), 212-220. <https://doi.org/10.4274/tpa.46.78>

Recebido em 09 de março de 2021

Aceito para publicação em 21 de agosto de 2023

SEÇÃO TEMÁTICA – INTERVENÇÕES PSICOTERÁPICAS

Group cognitive-behavioral therapy for obesity

Psicoterapia mediada por tecnologias digitais:
Estudo fenomenológico longitudinal

Efeitos terapêuticos da psicoterapia de grupo de abordagem
psicanalítica: Uma experiência nas políticas públicas

GROUP COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR OBESITY

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA OBESIDADE

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL PARA LA OBESIDAD

Roberta Bilibio Westphalen ⁽¹⁾

Cristina Pilla Della Múa ⁽²⁾

Vinicius Renato Thomé Ferreira ⁽³⁾

RESUMO

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma das modalidades de tratamento psicoterápico indicadas nos casos de obesidade. Nesse contexto, o objetivo deste artigo foi avaliar sintomas de compulsão alimentar, depressivos, de ansiedade e de estresse antes e depois de uma intervenção em grupo a partir da abordagem cognitivo-comportamental para pacientes com diagnóstico de obesidade. Participaram da intervenção 13 indivíduos com diagnóstico prévio de obesidade, atendidos numa Unidade Básica de Saúde localizada em uma cidade do norte do Rio Grande do Sul. A TCC em grupo teve duração de 8 semanas e os participantes foram avaliados antes e depois da intervenção. Utilizaram-se como instrumentos: questionário sociodemográfico e de história clínica; Escala de Compulsão Alimentar Periódica; e Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse. Os resultados apontaram que houve diminuição da média do IMC (Índice de Massa Corporal), dos sintomas de compulsão alimentar, depressivos, de ansiedade e de estresse quando comparados pré e pós-intervenção. Conclui-se que a intervenção proposta apresentou resultados favoráveis na diminuição de sintomas psicológicos nessa população.

Palavras-chave: obesidade; compulsão alimentar; comportamento alimentar; terapia cognitivo-comportamental; psicoterapia de grupo.

⁽¹⁾ Psicóloga Clínica; Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Atitus Educação. Passo Fundo, RS, Brasil. email: robertawe@hotmail.com

⁽²⁾ Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo (UPF); Docente do Curso de Psicologia da Atitus Educação. Passo Fundo, RS, Brasil. email: cristina.mea@atitus.edu.br

⁽³⁾ Doutor pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Docente da Graduação e do Mestrado em Psicologia da Atitus Educação. Passo Fundo, RS, Brasil. email: vinicius.ferreira@atitus.edu.br

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

Cognitive-behavioral therapy (CBT) is one of the types of psychotherapeutic treatment indicated in cases of obesity. In this context, the objective of this article was to evaluate symptoms of binge eating, depression, anxiety and stress before and after a group intervention based on the cognitive-behavioral approach for patients diagnosed with obesity. Thirteen individuals took part in the intervention who had a previous diagnosis of obesity, treated in a health care center located in a city in the north of Rio Grande do Sul. The group CBT lasted 8 weeks, and the participants were evaluated before and after the intervention. The following instruments were used: sociodemographic and clinical history questionnaire; Binge Eating Scale; and Depression, Anxiety, and Stress Scale. The results pointed to a decrease in the mean BMI (Body Mass Index), binge eating, depressive, anxiety, and stress symptoms when compared before and after the intervention. It is concluded that the proposed intervention presented favorable results for the reduction of psychological symptoms in this population.

Keywords: obesity; binge eating; eating behavior; cognitive-behavioral therapy; group psychotherapy.

RESUMEN

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es uno de los tipos de tratamiento psicoterapéutico indicado en casos de obesidad. En este contexto, el objetivo de este artículo fue evaluar los síntomas de atracones, depresión, ansiedad y estrés antes y después de una intervención grupal utilizando el enfoque cognitivo-conductual en pacientes diagnosticados de obesidad. Participaron de la intervención 13 individuos con diagnóstico previo de obesidad, atendidos en una unidad básica de salud ubicada en una ciudad del norte de Rio Grande do Sul. La TCC grupal duró 8 semanas, y los participantes fueron evaluados antes y después de la intervención. Se utilizaron los siguientes instrumentos: cuestionario sociodemográfico y de historia clínica; Escala de Atracón Alimentario; y Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. Los resultados mostraron que hubo una disminución en el IMC (Índice de Masa Corporal) medio, los atracones, los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en comparación antes y después de la intervención. Se concluye que la intervención propuesta presentó resultados favorables en la reducción de síntomas psicológicos en esta población.

Palabras clave: obesidad; atracones; comportamiento alimentario; terapia de conducta cognitiva; psicoterapia de grupo.

Introduction

Obesity can be understood as a clinical condition characterized by an excessive mass of body fat, which damages the individual's health. Obesity happens due to an energetic imbalance between calories spent and consumed (WHO, 2021). The most used method for the diagnosis of obesity is the body mass index (BMI), which is computed as weight (in kilograms) divided by height (in meters) squared (Melo et al., 2014). The degree of obesity is classified as follows: obese individuals have a BMI over 30, within which BMI between 30-34.9 indicates Moderate Obesity (level I); BMI between 35-39.9 characterizes Severe Obesity (level II), and Very Severe Obesity (level III) is diagnosed as BMI over 40 (WHO, 2021).

Evidence shows that obesity is one of the biggest public health problems (WHO, 2021). By 2016, more than 1.9 billion adults aged 18 and over were overweight worldwide, and among them, more than 650 million were obese (WHO, 2021). In the last decade, obesity grew by 60% in Brazil (WHO, 2021). Also, more than half of the population is overweight, and the prevalence of obesity in adults is 17%. Obesity increased by 110% among young people in the period from 2007 to 2017 and is higher among individuals with lower education (Ministry of Health, 2018).

There is a consensus in the literature that the etiology of obesity is multifactorial (Oliveira & Guimarães, 2018). The main causes are genetic, socioeconomic, endocrine, psychiatric, and psychological factors, as well as cultural and environmental aspects (Melo et al., 2014). Among the causes, food compulsion stands out, characterized by the ingestion of a large amount of food in a well-defined period (up to two hours), followed by a feeling of loss of control over the eating act. Food compulsion episodes are associated with at least three of the following characteristics: eating faster than normal; eating until one feels uncomfortably full; eating large amounts of food in the absence of physical sensation of hunger; eating alone or in hiding, and feeling ashamed to be eating too much, and/or feeling repulsion for oneself, depression, or guilt right after eating (APA, 2023; Oliveira & Guimarães, 2018).

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) includes obesity as a condition that should be a focus of clinical attention (APA, 2023). In a study carried out in a Basic Health Unit and in an outpatient clinic in the interior of Minas Gerais, it was identified that 47.8% of patients diagnosed with obesity were associated with mental disorders (Vidal et al., 2022). Individuals diagnosed with obesity often experience mental suffering, with high levels

of depression, anxiety, and stress symptoms, and a higher incidence of eating disorders (Lima & Oliveira, 2016; Nascimento et al., 2013). Social and cultural issues show that individuals who are not slim and do not have an ideal body suffer prejudice, are judged and discriminated against, causing problems of socialization and self-esteem for them (Medeiro et al., 2021).

Among the treatment options for obesity is psychotherapy. The cognitive-behavioral approach is the most effective (Oliveira & Guimarães, 2018) and is widely used for weight adjustment and changes in inappropriate habits (Luz, 2013). The basis of the treatment is the premise that, by modifying the patient's thoughts, there will be, consequently, behavioral changes (Beck, 2011). Thus, these changes should follow the body transformation, building a system of beliefs and appropriate behaviors, improving the individual's quality of life (Melo et al., 2014).

Therapy can be done individually or in group. The efficacy of group cognitive-behavioral therapy (CGTS) is comparable to individual therapy (Neufeld et al., 2017), and depending on demand, it may be superior (Renjilian et al., 2001). The group format can bring several benefits: sharing experiences, easing the sensation of isolation; support for the members; teaching of techniques for confronting problems; practicing communication skills, and also have a lower cost when compared to individual therapy (Duchesne et al., 2017). CBT groups demand some specific technical aspects, one of which is the homogeneity of their composition (Neufeld et al., 2017). Therefore, it is important to verify if the goals are common to a certain configuration, so that the members can develop a sense of belonging to the group (Neufeld et al., 2017). Furthermore, the group should be closed; i.e., once the group has been established, no new members may join. The therapeutic contract must reinforce the importance of privacy for group progress (Neufeld et al., 2017).

The group session in CBT is not very different from the individual session, and is structured and based on a predefined protocol (Neufeld, 2011). The weight loss group should be small, not exceeding 15 participants (Neufeld, 2011; Toledo, 2014). Initially, it is important to assess individually each patient to check if their weight loss goals are compatible with the group's configuration and to investigate any potential psychopathology that needs to be treated in parallel (Neufeld, 2011).

In the initial group sessions, a rapport should be established between the participants and the therapist, as well as the group contract, which makes it possible to start psychoeducation (Neufeld, 2011). It is also indicated to check and adjust expectations about the group therapy. Subsequent meetings

will follow the basic structure of CBT, with a weekly humor check, review of homework, the purpose of the session and the task, and final feedback (Neufeld & Rangé, 2017). Besides, treatment should happen in up to 12 sessions and include self-monitoring and self-control strategies, weekly weighing, weight and feeding psychoeducation, problem-solving skills training, cognitive restructuring, behavioral strategies, and relapse prevention (Neufeld et al., 2014; Randomile, 2003).

The increase in the rate of overweight and obese people indicates the necessity of studying interventions that contribute to the reduction of weight in the population. Thus, this study aimed to evaluate symptoms of food compulsion, depression, anxiety, and stress before and after a group intervention with a cognitive-behavioral approach of patients diagnosed with obesity, as well as checking the weight and BMI of participants at the beginning and end of the intervention.

Method

Design and Participants

This study is a quasi-experimental quantitative study that aims to investigate closed groups that received some intervention, enabling a pre- and post-intervention comparison (Dancey & Reidy, 2019; Shaughnessy et al., 2012).

Initially, 15 patients who underwent medical treatment for obesity in a Health Care Center (UBS), located in a city in the north of Rio Grande do Sul, were indicated to join the weight loss CBT group. The inclusion criteria for intervention were: men and women, over 18 years old, literate, and who were not under another weight loss intervention at the moment. Patients who did not attend the first session were excluded from the study. In the end, 13 patients diagnosed with obesity participated in the weight loss group.

Most of the sample was composed of women (84.6%; $n=11$); 60% ($n=6$) of them were housewives. The age of the participants ranged from 24 to 54 years old, with an average of 43.2 ($SD=9.6$); 86.6% ($n=11$) were married. Most men worked with sales (7.7%; $n=1$), were retired (7.7%; $n=1$) or were not working (7.7%; $n=1$).

Most patients (53.8%; $n=7$) had the diagnosis of obesity since childhood, with a family history of obesity (92.3%; $n=12$). The most prevalent health problems reported were hypertension (69.2%; $n=9$), gastroesophageal reflux (38.4%; $n=5$), followed by sleep apnea (30.7%; $n=4$), high cholesterol and triglycerides

(30.7%; n=4), and hepatic steatosis (30.7%; n=4). Besides, 69.2% (n=9) used psychotropics, 53.8% (n=7) did not attend psychotherapy, and 84.6% (n=11) did not practice physical activity.

Instruments

The instruments used were a sociodemographic and clinical history questionnaire, Binge Eating Scale (BES) and Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21).

Sociodemographic and clinical history questionnaire – instrument elaborated by the principal investigator to identify participants' sociodemographic characteristics, such as gender, age, education level, profession, besides clinical factors, such as chronic diseases, use of medications, obesity history, etc.

Binge Eating Scale (BES) – a self-administered scale that is used for identifying obese people with or without binge eating disorder (BED). The instrument consists of 16 items and 62 statements. The participants must pick, in each item, the option that best represents their answer, using a Likert scale. Each affirmative corresponds to a number of points, ranging from 0 to 3 (0 = absence; 3 = maximum severity). The final score is the sum of the points of each item. Individuals with scores less than or equal to 17 are considered without BED; with scores between 18 and 26, with moderate BED; and those with scores higher than or equal to 27, with severe BED. PFCS presented a moderately high internal consistency, with a Cronbach's alpha of 0.85 (Freitas et al., 2001).

Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) – a self-assessment instrument used to identify the intensity of symptoms of depression, anxiety, and stress. It consists of 21 questions on a Likert scale, ranging from 0 (not applicable at all) to 3 (applied a lot, or most of the time). The results classify the symptoms into normal/light, minimal, moderate, severe, and very severe. The scale validation process obtained Cronbach's alpha values of 0.90 for depression, 0.86 for anxiety, and 0.88 for stress (Vignola & Tucci, 2014).

Data Collection Procedures

After authorization from the head of the Health Care Center (UBS), the project was sent to the Ethical Research Committee, under de CAAE number 90966818.0.0000.5319, and was subsequently approved. After that, the UBS physician referred patients diagnosed with obesity to the group. To set up the group, the researcher contacted each of the patients referred by the physician and conducted an individual interview in a medical office available in the UBS. On that occasion, the researcher clarified the study goals, the workings of pre- and post-CBT group evaluation, and the weight loss program. Besides, the researcher verified whether the subjects met the study inclusion criteria and informed intervention's date and time.

The group intervention in CBT was arranged in 8 weekly meetings of 90 minutes each, carried out in a UBS room. The sessions were planned based on other studies with similar focus (Duchesne et al., 2017; Neufeld et al., 2017; Randomile, 2003) and on the book "Think Thin" (Beck, 2011). For every meeting, the session was structured as follows: humor check, a summary of the last session, the definition of the purposes of the activity developed on the day, homework, and request for feedback (Neufeld et al., 2014, 2017). There were no follow-up sessions after group intervention.

Summary of the contents worked in each of the sessions of the CBT group

Session 1 – Researcher introduction. Establishment of the report (Neufeld et al., 2017). Explanation of the activity goals (Neufeld et al., 2017). Orientation and filling out the sociodemographic and clinical questionnaire, BES and DASS-21. Participants' introduction and verification of goals and expectations (Neufeld et al., 2017). Creation of a WhatsApp group. Individual weighing of each participant (Neufeld et al., 2014; Randomile, 2003). Feedback (Neufeld et al., 2017).

Session 2 – Subject: Food Planning (Beck, 2011). Participation of a nutritionist.

Session 3 – Subject: Motivation (Beck, 2011). Formulating the list of advantages and disadvantages of the weight loss process and answer cards (Beck, 2011).

Session 4 – Weighing (Neufeld et al., 2014; Randomile, 2003). Subject: Psychoeducation regarding obesity (Beck, 2011). Participation of a doctor specialized in bariatric surgery.

Session 5 – Subject: Plans, goals, and planning (Beck, 2011). Participation of a physical educator.

Session 6 – Subject: Cognitive restructuring and problem-solving (Neufeld et al., 2014). Learning how to deal with hunger, willingness to eat, and uncontrollable desires to eat; muscle resistance; how to manage emotions without taking it out on your diet (Beck, 2011).

Session 7 – Subject: Social skills (Neufeld et al., 2017).

Session 8 – Individual weighing of each participant (Neufeld et al., 2014; Randomile, 2003). ECAP and DASS-21 filling. Subject: Keeping and relapse prevention (Neufeld et al., 2014). Participation of an ex-obese. Feedbacks regarding the group functioning.

In the first session, the group was informed about the nature and purposes of the study, as well as the researcher's responsibility for the confidentiality of the participants' identity. On the occasion, questions were answered and the Free and Informed Consent was read and signed by the participants. A WhatsApp group was created by the investigator to make content available daily to support and encourage participants. This group was managed by the researcher, but the participants could also share their advances and difficulties regarding treatment. They usually used to post photos of their meals and exchange recipes.

Data Analysis Procedures

The results were coded and registered into a database for further statistical analysis using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 17.0. Descriptive analyses were performed to characterize the study variables in terms of means and standard deviation. The inferential statistical analysis of the scores was performed using the Student t-test, Wilcoxon test, considering a significance level lower than 0.05 (Dancey & Reidy, 2019).

Results

The results from the assessment of pre-intervention BMI showed that most patients (77%; n=10) were labeled with Very Severe Obesity (level III), followed by Severe Obesity (level II) (15.3%; n=2) and Moderate Obesity (level I; 7.7%; n=1). At the end of the intervention, a change in classification was noted, with

69.2% (n=9) fitting into Very Severe Obesity, 15.3% (n=2) into Severe Obesity, and 15.3% (n=2) into Moderate Obesity.

Besides, the results of the BMI averages showed a decrease in the post-intervention scores, both for general BMI and for men and women, separately, as shown in Table 1. The t-test revealed that there was a significant difference between the means of BMI in pre- and post-intervention assessments ($X=5.3$; $p<0.01$).

Table 1 — BMI mean and standard deviation pre- and post-intervention

	General		Female		Male	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
BMI pre-assessment	46.6	7.8	46.2	8.9	48.0	2.6
BMI post-assessment	45.0	7.5	44.7	8.5	46.2	2.3

The findings regarding the symptoms of food compulsion (PFCS) showed a decrease in the mean scores, comparing pre- and post-intervention, although the symptoms were considered severe (Freitas et al., 2001). Pre-intervention symptoms of depression (DASS-D) and anxiety (DASS-A) were found to be minimal, and after the CBT group sessions, they were considered normal/light. Stress symptoms were considered moderate in the first assessment and normal/light in the second one (Vignola & Tucci, 2014). The Wilcoxon test indicated a significant difference between the means of symptoms of food compulsion, depression, anxiety, and stress when compared to the pre- and post-intervention, as shown in Table 2.

Table 2 — Mean, standard deviation of food compulsion, symptoms of depression, anxiety and stress and inferential statistics by Wilcoxon test

	Pre		Post		Effect size <i>d</i>	Statistical Difference	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>p</i>	
DASS-D	12.9	8.1	4.2	5.3	1.3	-2.8	<0.01
PFCS	36.5	8.3	30.5	9.1	0.7	-2.3	0.02
DASS-A	10.9	9.0	5.9	4.8	0.7	-2.5	0.01
DASS-S	19.9	8.3	9.1	4.4	1.7	-3	<0.01
DASS total	43.7	20.8	19.1	11.1	1.5	-3	<0.01

Discussion

The results for BMI revealed that the scores of all measurements decreased after the intervention, with a statistically significant difference and considerable effect size. Previous studies have indicated that the CBT group reduces weight, changing the BMI range of patients (Ferrari et al., 2017; Neufeld et al., 2012), including in cases of groups with obese adolescents (Lüdtke et al., 2018). Modification of the food choice pattern through nutritional information and the new behavioral management of food were some of the intervention targets. The food diary, the understanding, and self-knowledge about eating behavior by observing previous and consequential events (Beck, 2011) may have contributed to the decline of BMI scores.

The findings also showed a reduction in PFCS averages (improvement in food compulsion) when comparing scores before and after the intervention, with a statistically significant difference. This result was also confirmed by other studies, which found a decrease in the severity of food compulsion after 12 weeks of CBT group (Abdelatif et al., 2017), a drop in the frequency of compulsion episodes, and remission of food compulsion after 22 sessions (Duchesne et al., 2007).

Despite the strong association between BED and obesity, it is important to consider that people with obesity do not necessarily suffer from the disorder (Finger & Guedes, 2016). The prevalence of the disorder varies from 20% to 50% among obese women who participate in weight reduction programs (Lima & Oliveira, 2016). A study with participants diagnosed with obesity, applicants for bariatric surgery, found that 50% showed BED, 31.6% showed moderate periodic food compulsion (PFC), and 18.4% severe PFC (Silveira et al., 2009).

Aiming to decrease compulsive eating episodes, professionals usually work with psychoeducation on BED, clues, and consequences of compulsive episodes, restructuring of negative thought patterns, identification of clues and behavioral chains, self-control strategies and mood improvements, body image problems, stress management techniques, assertiveness training, cost-benefit weight analysis, strategies of loss in the week, and relapse prevention (Wolff & Clark, 2001). In this study, besides the strategies already mentioned, other aspects may have contributed to the significant difference in pre- and post-intervention PFCS scores: problem-solving techniques; approaches to learning how to deal with hunger, willingness to eat and uncontrollable desires to eat; the study of resistance muscle; guidelines on how to manage emotions without taking it out on food (Beck, 2011), and assertiveness training (Neufeld et al., 2017).

The literature describes that, besides physical illness, obese individuals frequently present emotional suffering, with high levels of symptoms of depression, anxiety, and stress (Franques & Levy, 2019; Nascimento et al., 2013). Individuals with BED usually present these symptoms at a higher intensity than those without this diagnosis (Bernardi et al., 2005). Moreover, anxiety and stress symptoms show greater variation in food compulsion symptoms than in depression symptoms (Rosenbaum & White, 2015).

The findings of this study showed a decrease in depressive symptoms in post-intervention assessment, corroborating the results of one research with older adults who also showed a reduction in depression symptoms after a CBT group, from moderate to mild (Ferreira et al., 2012). Similarly, the intensity of depressive symptoms decreased in a group of teenagers (Lüdtke et al., 2018) and in chronic renal patients who took part in a CBT group program (Duarte, 2008).

Some authors highlight that depressive disorder can cause obesity (Blaine, 2008), while others affirm that the disorder is a consequence of obesity (Oliveira et al., 2004), indicating a circularity between the two pathologies (Milaneschi et al., 2017). The changes in body image, resulting from weight gain, may cause a depreciation of self-esteem and self-concept, increasing the chances of depressive symptoms, a higher sense of inadequacy and decreased well-being (Lima & Oliveira, 2016). During CBT group sessions, patients were stimulated to talk about their thoughts and guided to identify and reorganize those who might be interfering in their mood and daily behavior (Duarte, 2008), seeking to contribute to the reduction of these symptoms.

The results regarding anxiety symptoms showed a significant difference before and after the CBT group program. The findings are in line with studies which conducted a CBT weight loss group (Neufeld et al., 2012) in patients diagnosed with social anxiety disorder (D'El Rey et al., 2007; Dittz et al., 2015) and in women with anxiety symptoms (Pedrosa et al., 2017).

Obesity has a strong association with anxiety symptoms (Lykouras & Michopoulos, 2011). There is evidence that obesity increases the chance of developing anxiety disorder by 25% (Luz, 2013). Many people find in eating a way to relieve anxiety, make up for emotional difficulties, satisfy emotional needs, release anger, or run away from unpleasant feelings such as boredom, worry, guilt, shame, and hopelessness that result from psychological conflicts (Coletty, 2005).

Food is pleasurable and has the potential to reduce anxiety levels, strengthening the anxiety-food-anxiety reduction relationship. Therefore, food works as a compensatory resource (Lima & Oliveira, 2016). The elaboration of coping

cards – developed in the third session – and the techniques that establish how to manage emotions without taking it out on food (Beck, 2011), taught in this intervention, may have helped to decrease these symptoms.

Stress symptoms were the most prevalent in this study sample, presenting a statistically significant difference between pre- and post-intervention. The results corroborate the findings of other studies that developed an open group for weight loss (Lima & Oliveira, 2016) and employed CBT for stress management (Borges et al., 2009). Stress can contribute to increased calorie consumption, food compulsion, inactivity, and difficulty in controlling appetite, associated with weight gain and obesity (Franques & Levy, 2019). Emotional exhaustion can also lead to weight gain, through a reward and feedback system, which reveals an association between stress symptoms and the feeling of relief after eating foods rich in sugar and fat (Lima & Oliveira, 2016).

One of the interventions for stress management is the Stress Control Training (SCT), which aims to change life habits and behaviors. The SCT is based on four different areas that build the following pillars: anti-stress nutrition, relaxation of mental and physical tension, physical exercise, and cognitive-behavioral changes. The sessions also address problem-solving techniques, time management, assertiveness training, anxiety control, and cognitive restructuring (Borges et al., 2009). Although SCT was not the focus of this intervention, many of these techniques were practiced in this program, which may explain the significant decrease in stress symptoms score.

One of the differentials of this intervention program was the WhatsApp group, which showed that using the internet can make easier access to treatment (Munsch et al., 2019). The opportunity for participants to contact and interact with each other and with the researcher – besides the CBT group meetings – increased group cohesion and therapeutic alliance (Freitas & Rech, 2010). In this regard, a therapist's guidance seems to improve the positive effects of internet-based treatments (Aardoom et al., 2013). So, contemporary technology has opened new possibilities for treatment delivery (Munsch et al., 2019).

Final considerations

The results revealed that the mean BMI, food compulsion symptoms, depression, anxiety, and stress decreased when comparing pre- and post-intervention. Thus, the authors concluded that the CBT Group reached positive results in decreasing psychological symptoms in the population investigated, highlighting

the need for construction and validation of protocols for individuals diagnosed with obesity.

This study has limitations. The intervention was performed in a specific health care center, and there were no comparisons with other places, which does not allow the generalization of the results on the intervention effectiveness. The authors suggest, for future research, the development of a control group, and an increase in the number of sessions, to verify if there is a greater decrease in food compulsion symptoms.

References

- Aardoom, J. J.; Dingemans, A. E.; Spinhoven, P.; Van Furth, E. F. (2013). Treating eating disorders over the internet: A systematic review and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 539-552. <https://doi.org/10.1002/eat.22135>
- Abdelatif, A.; Sabry, N. A.; El Shinnawy, H. A.; Hassan, S. A.; Fakher, W. (2017). Cognitive behavioral group therapy on a sample of obese female patients with binge-eating disorder: Egyptian study. *Middle East Current Psychiatry*, 24(4), 187-190. <https://doi.org/10.1097/01.xme.0000522263.83217>
- APA – American Psychiatric Association (2023). *DSM-5-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed., revisada). Artmed.
- Beck, J. S. (2011). *Pense magro por toda a vida* (trad. M. Veronese). Artmed.
- Bernardi, F.; Cichelero, C.; Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18(1), 85-93. <https://doi.org/10.1590/s1415-52732005000100008>
- Blaine, B. (2008). Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *Journal of Health Psychology*, 13(8), 1190-1197. <https://doi.org/10.1177/1359105308095977>
- Borges, C. S.; Luiz, A. M. A. G.; Domingos, N. A. M. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 16(4), 181-186. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-607688>
- Colety, I. M. S. (2005). *Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) e ansiedade em adolescentes obesos* (master's dissertation). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Campinas (Unicamp). <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/358162>
- Dancey, C. P.; Reidy, J. (2019). *Estatística sem matemática para psicologia* (7ª ed.) (trad. L. Viali). Penso.
- D'El Rey, G. J. F.; Greenberg, P. N.; Husni, M. A.; Cejkinski, A. (2007). Terapia cognitivo-comportamental de grupo no tratamento da fobia social generalizada. *Psicologia Argumento*, 25(50), 305-311. <https://doi.org/10.7213/rpa.v25i50.20551>

- Dittz, C. P.; Stephan, F.; Gomes, D. A. G.; Badaró, A. C.; Lourenço, L. M. (2015). A terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno de ansiedade social. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(3), 1061-1080. <https://doi.org/10.12957/epp.2015.19428>
- Duarte, P. S. (2008). *Efetividade de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo para pacientes renais crônicos em tratamento dialítico e com depressão* (doctoral thesis). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/24454>
- Duchesne, M.; Almeida, N.; Vieira, T. A. L.; Neufeld, C. B. (2017). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos alimentares e obesidade. In: C. B. Neufeld; B. P. Rangé (Eds.). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: Das evidências à prática*, p. 153-174. Artmed. <https://www.adventista.edu.br/source2019/psicologia/TCC-em-Grupos.pdf> (accessed 04/11/2023)
- Duchesne, M.; Appolinário, J. C.; Rangé, B. P.; Freitas, S.; Papelbaum, M.; Coutinho, W. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 80-92. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000100015>
- Ferrari, G. D.; Azevedo, M.; Medeiros, L.; Neufeld, C. B.; Ribeiro, R. P. P.; Rangé, B. P.; Bueno, C. R. (2017). A multidisciplinary weight-loss program: The importance of psychological group therapy. *Motriz: Revista de Educação Física*, 23(1), 47-52. <https://doi.org/10.1590/s1980-6574201700010007>
- Ferreira, H. G.; Souza e Lima, D. M. X.; Zerbinatti, R. (2012). Atendimento psicoterapêutico cognitivo-comportamental em grupo para idosos depressivos: Um relato de experiência. *Revista da SPAGESP*, 13(2), 86-101. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200010
- Finger, I. R.; Guedes, P. A. (2016). Diagnóstico e curso dos transtornos alimentares. In: I. R. Finger; M. S. Oliveira (Orgs.). *A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade*, p. 24-36. Sinopsys. https://www.sinopsyseditora.com.br/upload/produtos_pdf/402.pdf (accessed 04/11/2023)
- Franques, A. R. M.; Levy, A. (2019). Aspectos psicológicos do paciente obeso. In: A. Pereira, C. C. Freire, E. P. Godoy, F. Viegas, J. C. D Marchesini; M. T. Zanella (Eds.). *Cirurgia bariátrica e metabólica: Abordagem multiprofissional*, p. 41-45. Rubio.
- Freitas, P. B.; Rech, T. (2010). O uso da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno depressivo: Uma abordagem em grupo. *Barbaroi*, (32), 98-113. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782010000100007
- Freitas, S.; Lopes, C. S.; Coutinho, W.; Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23(4), 215-220. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>

- Lima, A. C. R.; Oliveira, A. B. (2016). Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 24(1), 1-14. <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/6465/>
- Lüdtke, L.; Silva, B. M. B.; Peuker, A. C. W. B.; Garcia, E. L. (2018). Obesidade, depressão e estresse: Relato de uma intervenção multidisciplinar em grupo com adolescentes. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, 1(4), 256-266. <https://doi.org/10.17058/riips.v1i4.13078>
- Luz, F. Q. (2013). *Distorções cognitivas, esquemas iniciais desadaptativos, depressão, ansiedade e estresse em obesos mórbidos e pessoas com peso normal* (master's dissertation). Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/852/>
- Lykouras, L.; Michopoulos, J. (2011). Anxiety disorders and obesity. *Psychiatriki*, 22(4), 307-313. <https://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/22.4-EN-2011-307.pdf>
- Medeiro, S. A.; França, L. H. F. P.; Menezes, I. V. (2021). Motivos psicossociais para cirurgia bariátrica em adultos jovens e mais velhos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, e222218. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222218>
- Melo, W. V.; Bergmann, C.; Neufeld, C. B.; Machado, P. P. P.; Conceição, E. (2014). A terapia cognitivo-comportamental e a cirurgia bariátrica como tratamentos para a obesidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 84-92. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200004
- Milaneschi, Y.; Lamers, F.; Peyrot, W. J.; Baune, B. T.; Breen, G.; Dehghan, A.; Forstner, A. J.; Grabe, H. J.; Homuth, G.; Kan, C.; Lewis, C.; Mullins, N.; Nauck, M.; Pistis, G.; Preisig, M.; Rivera, M.; Rietschel, M.; Streit, F.; Strohmaier, J.; ... for the CHARGE Inflammation Working Group and the Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2017). Genetic association of major depression with atypical features and obesity-related immunometabolic dysregulations. *JAMA Psychiatry*, 74(12), 1214-1225. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3016>
- Ministério da Saúde [Ministry of Health] (2018). *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2017*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf
- Munsch, S.; Wyssen, A.; Vanhulst, P.; Lalanne, D.; Steinemann, S. T.; Tuch, A. (2019). Binge-eating disorder treatment goes online: Feasibility, usability, and treatment outcome of an internet-based treatment for binge-eating disorder: Study protocol for a three-arm randomized controlled trial including an immediate treatment, a waitlist, and a placebo control group. *Trials*, 20(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3192-z>

- Nascimento, C. A. D.; Bezerra, S. M. M. S.; Angelim, E. M. S. (2013). Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(2), 193-201. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2013000200004>
- Neufeld, C. B. (2011). Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In: B. P. Rangé (Ed.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2ª ed.), p. 737-750. Artmed.
- Neufeld, C. B.; Affonso, G.; Moreno, A. L. (2014). PRO-META: Programa cognitivo-comportamental de educação alimentar em grupo. In: C. B. Neufeld (Ed.). *Intervenções e pesquisas em terapia cognitivo-comportamental com indivíduos e grupos*, p. 44-79. Sinopsys.
- Neufeld, C. B.; Maltoni, J.; Ivatiuk, A. L.; Rangé, B. P. (2017). Aspectos técnicos e o processo em TCCG. In: C. B. Neufeld; B. P. Rangé (Eds.). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: Das evidências à prática*, p. 33-53. Artmed. <https://www.adventista.edu.br/source2019/psicologia/TCC-em-Grupos.pdf> (accessed 04/11/2023)
- Neufeld, C. B.; Moreira, C. A. M.; Xavier, G. S. (2012). Terapia cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento: O relato de uma experiência. *Psico*, 43(1), 93-100. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11103/>
- Neufeld, C. B.; Rangé, B. P. (2017). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: Das evidências à prática*. Artmed. <https://www.adventista.edu.br/source2019/psicologia/TCC-em-Grupos.pdf> (accessed 04/11/2023)
- Oliveira, M. I. S.; Guimarães, T. B. L. (2018). A TCC no manejo clínico com pacientes que apresentam obesidade ou dificuldade para emagrecer. In: N. G. Araújo, J. P. Rubino; M. I. S. Oliveira (Eds.). *Avaliação e intervenção na clínica em terapia cognitiva-comportamental*, p. 421-443. Sinopsys.
- Oliveira, V. M.; Linardi, R. C.; Azevedo, A. P. (2004). Cirurgia bariátrica: Aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 31(4), 199-201. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832004000400014>
- Pedrosa, K. M.; Couto, G.; Luchesse, R. (2017). Intervenção cognitivo-comportamental em grupo para ansiedade: Avaliação de resultados na atenção primária. *Psicologia: Teoria e Prática*, 19(3), 43-56. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872017000300003
- Randomile, R. R. (2003). Obesidade. In: J. R. White; A. S. Freeman (Eds.). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para a populações e problemas específicos*, p. 109-136. Roca.
- Renjilian, D. A.; Perri, M. G.; Nezu, A. M.; McKelvey, W. F.; Shermer, R. L.; Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 717-721. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.4.717>

- Rosenbaum, D. L.; White, K. S. (2015). The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. *Journal of Health Psychology, 20*(6), 887-898. <https://doi.org/10.1177/1359105315580212>
- Shaughnessy, J. J.; Zechmeister, E. B.; Zechmeister, J. S. (2012). *Metodologia de pesquisa em psicologia* (9ª ed.) (trad. R. C. Costa). Penso.
- Silveira, É. A.; Cunha, J.; Faria, J. F.; Mendonça, V. S. (2009). *Prevalência de compulsão alimentar periódica em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica* (undergraduation final paper). Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás (UFG). https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/754/o/nut_clinica.pdf (accessed 04/11/2023)
- Toledo, E. L. (2014). *Avaliação do tratamento cognitivo-comportamental estruturado para grupo de pacientes com tricotilomania* (master's dissertation). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP). <https://doi.org/10.11606/D.5.2014.tde-09062014-095528>
- Vidal, C. E. L.; Araújo, N. J. M.; Queiroz, B. M. P.; Bertolin, M. E. B.; Ferreira, M. E. D.; Morais, V. C. S. (2022). Prevalência e associação entre obesidade e transtornos mentais. *Revista Médica de Minas Gerais, 32*(Supl.6), S34-S43. <https://rmmg.org/artigo/detalhes/3942/>
- Vignola, R. C. B.; Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders, 155*, 104-109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- WHO – World Health Organization (2021). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (accessed 04/11/2023)
- Wolff, G. E.; Clark, M. M. (2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder: A clinical study. *Eating Behaviors, 2*(2), 97-104. [https://doi.org/10.1016/s1471-0153\(01\)00021-6](https://doi.org/10.1016/s1471-0153(01)00021-6)

Recebido em 23 de agosto de 2020

Aceito para publicação em 14 de agosto de 2023

PSICOTERAPIA MEDIADA POR TECNOLOGIAS DIGITAIS: ESTUDO FENOMENOLÓGICO LONGITUDINAL

*PSYCHOTHERAPY MEDIATED BY DIGITAL TECHNOLOGIES:
LONGITUDINAL PHENOMENOLOGICAL STUDY*

*PSICOTERAPIA MEDIADA POR TECNOLOGÍAS DIGITALES:
ESTUDIO FENOMENOLÓGICO LONGITUDINAL*

Nara Helena Lopes Pereira da Silva⁽¹⁾

Andrés Eduardo Aguirre Antúnez⁽²⁾

RESUMO

Este trabalho visa compreender as vivências nos processos de psicoterapia on-line. Trata-se de um estudo longitudinal, descritivo, compreensivo e fenomenológico. Participaram três psicoterapeutas e seis pessoas que buscaram psicoterapia. Os instrumentos utilizados foram registros em prontuário físico e registros escritos autoaplicáveis on-line, com perguntas idênticas para terapeutas e pessoas atendidas, com o objetivo de descrever a experiência da psicoterapia, respondidos após cada sessão. Os dados foram organizados em dois eixos: ambiente on-line, flexibilidade e imprevisibilidade, que se reflete na flexibilidade tecnológica, física, de escolha e da conexão; e encontro terapêutico on-line: pessoalidade, intimidade, presença e corpo afetado. Discute-se a hibridização digital da vida e a necessidade de diferenciar o uso pessoal e profissional das tecnologias digitais. Reflete-se sobre flexibilidade, imprevisibilidade, impessoalidade, intimidade e desinibição no ambiente on-line. Salienta-se a necessidade de informação, orientação e responsabilização no processo, em seus aspectos éticos, legais e de segurança digital. *Palavras-chave:* psicologia clínica; telepsicologia; intervenção baseada em internet.

⁽¹⁾ Pós-Doutora pelo Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), SP, Brasil. email: nara.helena@gmail.com

⁽²⁾ Coordenador do Laboratório de Saúde Mental Multimétodo da Universidade de São Paulo (USP); Professor Associado (Livre Docente) do Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica da USP, SP, Brasil. email: antunez@usp.br

Este trabalho foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2018/11351-2.

ABSTRACT

This work aims to understand the experiences in online psychotherapy processes. This is a longitudinal, descriptive, comprehensive and phenomenological study. Three psychotherapists and six people who sought psychotherapy participated. The instruments used were physical records and online self-administered written records, with identical questions for therapists and people served, aimed at describing the psychotherapy experience, answered after each session. The data were organized into two axes: online environment, flexibility and unpredictability, which reflects on technological, physical, choice and connection flexibility; and online therapeutic encounter: personhood, intimacy, presence and affected body. The digital hybridization of life is discussed, as well as the need to differentiate the personal and professional use of digital technologies. It reflects on flexibility, unpredictability, impersonality, intimacy and disinhibition in the online environment. The need for information, guidance and co-responsibility in the process, in its ethical, legal and digital security aspects, is highlighted.

Keywords: clinical psychology; telepsychology; internet-based intervention.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo comprender las experiencias en los procesos de psicoterapia en línea. Se trata de un estudio longitudinal, descriptivo, integral y fenomenológico. Participaron tres psicoterapeutas y seis personas que buscaban psicoterapia. Los instrumentos utilizados fueron registros físicos y registros escritos autoadministrados en línea, con preguntas idénticas para terapeutas y personas atendidas, con el objetivo de describir la experiencia de psicoterapia, respondidas después de cada sesión. Los datos se organizaron en dos ejes: entorno en línea, flexibilidad e imprevisibilidad, que refleja la flexibilidad tecnológica, física, de elección y conexión; y encuentro terapéutico en línea: personalidad, intimidad, presencia y cuerpo afectado. Se discute la hibridación digital de la vida y la necesidad de diferenciar el uso personal y profesional de las tecnologías digitales. Se reflexiona sobre la flexibilidad, la imprevisibilidad, la impersonalidad, la intimidad y la desinhibición en el entorno online. Se destaca la necesidad de información, orientación y corresponsabilidad en el proceso, en sus aspectos éticos, legales y de seguridad digital.

Palabras clave: psicología clínica; telepsicología; intervención basada en internet.

Introdução¹

Diante da intensa inserção de tecnologias no cotidiano das pessoas, torna-se imprescindível apreender suas influências no âmbito psicológico, bem como as possibilidades e os desafios do desenvolvimento de intervenções on-line em saúde mental. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) se aplicam à clínica psicológica nas mais distintas modalidades: são consideradas síncronas quando ocorrem em tempo simultâneo, como em telefones, videoconferências e plataformas de atendimentos mediados por computador; são assíncronas quando a comunicação não acontece simultaneamente, como em troca de e-mails, mensagens, blogs e disseminação de conhecimento pela internet (Rodrigues & Tavares, 2017).

A crise sanitária provocada pela pandemia de Covid-19 trouxe a urgência e a relevância da sistematização de pesquisas sobre a inserção tecnológica nos serviços psicológicos, em virtude do cenário de distanciamento e isolamento social como medidas preventivas da disseminação do vírus. Entretanto, a maioria dos países não dispunha de estruturas e de regulamentações para as intervenções on-line. Diferentes formas de intervenção foram oferecidas a partir de escolhas privadas via plataformas digitais ou aplicativos que oferecem soluções gratuitas, em especial por empresas americanas como WhatsApp, Skype e FaceTime (Ohannessian et al., 2020). Entretanto, tais ofertas seguem uma lógica de publicidade e podem não atender a requisitos legais da prática, como privacidade, confidencialidade e segurança dos dados de saúde.

No Brasil, a Resolução 11/2018 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2018) é resultado de um reflexo mundial diante da necessidade de regulamentar a inserção das tecnologias digitais nos serviços psicológicos. Porém, com as restrições da pandemia, foi necessária a Resolução 04/2020 (CFP, 2020), visto que os atendimentos on-line em situação de crise e emergência e atendimentos infantis não eram permitidos. A regulamentação provisória dos atendimentos on-line repercute na necessária mobilização intersetorial de entidades de classe profissional, de governo e de centros de formação. Além desses, um posicionamento ativo dos profissionais, com vistas a buscar competências para a elaboração de intervenções pautadas pela ética e, também, para a conscientização e a proteção do indivíduo vulnerabilizado. Os atendimentos mediados pelas tecnologias têm especificidades e riscos inerentes ao campo digital e, portanto, as intervenções psicológicas on-line reúnem seus respectivos pacotes de orientações para uma prática ótima, que devem ser cuidadosamente considerados, seja no âmbito de serviços privados, seja nos públicos (Silva et al., 2022).

As repercussões da mediação das novas tecnologias ainda são pouco estudadas no Brasil e são escassos os estudos longitudinais focados na própria análise do processo psicoterapêutico (Leitão, 2003). Siegmund e Lisboa (2015), em estudo exploratório qualitativo anterior à emergência pandêmica, avaliaram por meio de entrevistas, a percepção de profissionais brasileiros acerca da orientação psicológica on-line e concluíram que, para os entrevistados, tratava-se de uma prática secundária ao atendimento presencial. Como vantagens, foram apontados a maior liberdade de expressão, em virtude da sensação de anonimato, além da facilidade espacial e temporal. Como dificuldades, os profissionais relataram a impessoalidade, a falta de interação corporal, a dificuldade de expressão das emoções. Alguns psicólogos se opõem à prática on-line; entretanto, faltam pesquisas que desenvolvam críticas fundamentadas.

Estudos apontam (Hallberg & Lisboa, 2016; Rodrigues & Tavares, 2017) a necessidade de investimentos em cursos de graduação e a elaboração de resoluções com orientações quanto ao uso das TICs nos atendimentos psicológicos. Também faltam diretrizes para pesquisas na área, além da diversidade e da ausência de padronização dos descritores científicos relacionados às pesquisas em saúde mental no ambiente digital (Proudfoot et al., 2011). Outros desafios se referem ao desenvolvimento de treinamento específico para as novas modalidades de atendimento (Barak et al., 2008; Siegmund & Lisboa, 2015) e de manejo adequado das tecnologias por parte dos profissionais (Nicolaci da Costa et al., 2009). Em estudo com grupos focais on-line síncronos, a familiaridade dos participantes com o ambiente é um diferencial, ainda que haja diferenças na qualidade das discussões quando comparadas à presencial, sendo as virtuais menos contínuas, mais fragmentadas, com participações mais curtas e comentários pouco elaborados (Bordini & Sperb, 2011). No que se refere à relação terapêutica (Pieta & Gomes, 2014; Prado & Meyer, 2006), a utilização da internet para atendimentos psicológicos não demonstra diferenças significativas quanto à prática on-line e presencial, com o desenvolvimento de alianças terapêuticas adequadas em ambas.

Segundo a revista *The Lancet Psychiatry Commission* (Holmes et al., 2018) as contribuições das tecnologias digitais demarcam um novo contexto cultural. Há um aumento das eHealth e eTherapy, que usam a internet, a realidade virtual, a inteligência artificial com terapeutas virtuais, jogos, aplicativos móveis e sem fio como instrumentos potenciais no cuidado psicológico. As intervenções podem ocorrer com o uso de dispositivos inovadores, mediante simuladores de realidade virtual, computação gráfica em tempo real, rastreamento do corpo por meio de dispositivos de entrada sensorial, testes informatizados on-line com maior sensi-

bilidade e especificidade diagnóstica e desenvolvimento de aplicativos capazes de monitorar o cotidiano do tratamento, entre outros. São sugestivos os estudos que tratam dos avanços das teorias psicológicas e da compreensão dos mecanismos de mudança. Além desses, o uso capacitado para entender o funcionamento das terapias virtuais e como ajustá-las ao cotidiano dos tratamentos, bem como a compreensão de seu uso nas mais diversas faixas etárias, parecem ser campos que necessitam de pesquisas e práticas sólidas.

A somatória de necessidades aponta a importância de pesquisas na área. Há falta de estudos sistematizados atuais pautados em experiências internacionais anteriores à pandemia. Continuam escassos os cursos de formação no Brasil que incentivem o desenvolvimento da área (Rodrigues & Tavares, 2017), mesmo diante da ampla inserção decorrente do distanciamento social. As práticas de manejo de tecnologias digitais nos tratamentos de saúde mental nos diferentes setores da saúde, para além da clínica, ainda são pouco desenvolvidas. A migração compulsória dos serviços psicológicos para o ambiente on-line se situa num contexto preocupante de práticas desenvolvidas com pouco fundamento científico, que se distanciam de ações pautadas pela qualidade e pela ética profissional (Ohannessian et al., 2020). Diretrizes internacionais orientam sobre as consultas on-line e sugerem atenção a especificidades e domínios pertinentes ao ambiente digital, como domínio tecnológico, ético, clínico e intercultural (Antúñez & Silva, 2021).

Por outro lado, a hibridização da vida expõe outras facetas significantes para os determinantes de saúde mental. Para além das ferramentas digitais como formas de acesso aos tratamentos psicológicos, o contexto de contenção do avanço do contágio legitimou as tecnologias digitais enquanto formas de manutenção da vida, tanto no cotidiano quanto nas ações de saúde. O teletrabalho, o ensino emergencial à distância e a prestação de serviços em quase todas as áreas passaram à esfera digital, para reduzir o risco de contaminação e, também, amenizar o impacto na economia nos períodos de isolamento (Schuchmann et al., 2020). Assiste-se a uma intensificação da vida on-line. Em 2019, o Brasil era o segundo país do mundo no que se refere ao tempo de uso diário da internet (We Are Social, 2019), totalizando 9h29min diárias (para uma média mundial de 6h43min), com acessibilidade à internet de 70% da população (149 milhões de pessoas). As transformações no âmbito da relação sensível com a vida promovem novas experiências, que são um convite para um reposicionamento sensível face ao mundo (Santos, 2007).

A materialização no mundo virtual solicita uma mudança de perspectiva do saber psicológico, visto que o pensamento e o campo psicológico passam a per-

tencer a um universo real/virtual, permeado por uma infinidade de possibilidades atemporais e a-espaciais. A criação das tecnologias não se limita apenas ao uso e à oferta de novas ferramentas no cotidiano: há também uma inquietude humana, um fascínio diante da criação e a esperança de vencer a finitude por seus próprios meios, o que exige contrapartidas no modo de viver e de se relacionar. Segundo Blumenberg (1996), a técnica apresenta o risco da automatização e autonomização dos processos de pensamento e conhecimento e, dessa forma, distancia o homem do sentido das “próprias coisas”, repercutindo na crise das ciências. Novas tecnologias repercutem em novas experiências de historicidade, de pensamento e de subjetividade, diante do alargamento da “finitude de uma existência” e da “infinidade de uma exigência” (Santos, 2007, p. 231).

A inserção das tecnologias nos atendimentos psicológicos ultrapassa a dimensão do uso de uma simples ferramenta, ocupando a necessária discussão sobre as especificidades de uma prática que suscita transformações também na dimensão psicológica e nas formas de relacionamento. Nesse sentido, compreender a inserção digital nos serviços de psicologia abre um campo de reflexões para além das questões técnicas da psicologia clínica e abarca, ainda, novas experiências subjetivas decorrentes da hibridização da vida.

Método

Este estudo visa compreender as vivências de terapeutas e pacientes nos processos de psicoterapia via videochamada. Trata-se de um acompanhamento longitudinal, descritivo, compreensivo e reflexivo, utilizando o método fenomenológico. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (projeto aprovado pelo Comitê de Ética conforme processo CAAE 01457118.4.0000.5561), seguindo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012).

Participantes

Trata-se de um estudo fenomenológico de acompanhamento longitudinal, com duração mínima de 24 sessões de psicoterapia. A coleta dos dados ocorreu no ano de 2019, anterior ao período da pandemia de Covid-19. Foram seguidos seis processos via videochamada (VCP), dos quais três se deram em modalidade exclusiva on-line e três, híbrida, nos quais participaram nove colaboradores.

Três deles eram psicoterapeutas, todos sem experiência prévia em atendimentos on-line e vinculados à instituição de pesquisa: duas mulheres (T1 e T2) e um homem (T3). Cada um realizou dois atendimentos, um face a face e outro on-line. Os critérios de inclusão foram: motivação para o atendimento on-line, acesso às tecnologias, disponibilidade para desenvolver *corpus* de análise para pesquisa longitudinal.

Participaram, ainda, seis pessoas adultas em atendimento psicológico no contexto da pesquisa: três mulheres na modalidade híbrida (Ph1, Ph2 e Ph3) e três pessoas atendidas de forma on-line, duas mulheres (Po1 e Po2) e um homem (Po3). Os critérios de inclusão foram: adultos acima de 18 anos, motivação para psicoterapia on-line, domínio das ferramentas digitais, língua materna portuguesa, sem diagnóstico que inviabilizasse o contato com as tecnologias digitais e, em caso de diagnóstico psiquiátrico, estar sob acompanhamento médico.

Instrumentos utilizados

Os instrumentos utilizados foram: (1) Registros livres em prontuário físico, realizados pelos psicólogos após cada sessão; (2) Registros por escrito sobre a experiência do atendimento: foi elaborado um roteiro semiestruturado autoaplicável, individual e de acesso on-line, com o objetivo de compreender as nuances do processo de psicoterapia. Este foi composto por perguntas referentes à vivência do encontro psicoterapêutico, às percepções sobre o ambiente próprio e do interlocutor, e ao uso de ferramentas digitais. Os roteiros foram idênticos tanto para os terapeutas quanto para as pessoas atendidas, com o objetivo de descrever a experiência da psicoterapia e do uso de ferramentas digitais, e foram respondidos por ambos logo após cada sessão.

Registro dos dados

1ª etapa – Construção de um ambiente para pesquisas mediadas pela internet, conforme sugerido por Proudfoot et al. (2011): escolha e avaliação de aplicativos (criptografia, privacidade, sem uso publicitário, código aberto, internet privativa não pública e antivírus nativo), funções de mensagem de texto, áudio e chamada por vídeo integrados, a fim de facilitar o acesso às interações síncronas e assíncronas. Construção de website com perfis separados para profissionais e terapeutas, acesso por senhas, armazenamento de dados em servidor dedicado à

pesquisa, e suporte tecnológico de especialista na área, com base a Lei Geral de Proteção dos Dados (LGPD).

2ª etapa – Pré-atendimentos, atendimentos e registro dos documentos: estudo de normativas internacionais com a equipe de psicólogos colaboradores sobre a mediação tecnológica nos serviços de psicologia; elaboração de roteiro de perguntas autoaplicável on-line, para descrever a vivência da psicoterapia, o ambiente do atendimento, as tecnologias utilizadas e impressões sobre expressividade, privacidade e andamento das sessões. Antes de iniciar os atendimentos, foi realizada uma entrevista on-line individual com os pacientes, com o objetivo de compreender a queixa inicial, explicar sobre a pesquisa, conscientizar sobre possíveis limitações e riscos de segurança inerentes ao ambiente on-line e suas especificidades, bem como avaliar a familiaridade e a capacidade para uso dos recursos escolhidos para o estudo. Após o início dos atendimentos, a cada sessão, paciente e terapeuta registraram por escrito, em roteiro semiestruturado on-line disponibilizado em link da pesquisa, suas experiências na sessão de psicoterapia mediada por tecnologias digitais.

Análise dos registros

O método fenomenológico trata de movimentações e apreensões tal como os fenômenos se desvelam nas vivências. Conforme Barreira (2017, p. 326-328), “a qualidade da descrição correlata a cada atitude adotada no processo vai, progressivamente, tornando-se menos particular e mais universal: a experiência natural, a experiência pessoal, existencial, psicológica ou subjetivo-relativa, o *eidós* intencional e a experiência transcendental”. Os documentos foram analisados em passos que se intercalam e se complementam mediante um movimento fluído e contínuo.

Compreensão das experiências – leitura longitudinal, atenta e compreensiva dos registros ainda em processo de coleta e/ou organização, não interpretativa, concomitante ao registro dos dados, acrescentando-se ideias centrais à margem, num constante exercício de variações imaginárias, ilustrada por Tourinho (2017, p. 115): “cada uma dessas possibilidades (ou desses exemplares) que se perfila na imaginação compartilha, necessariamente, com as demais, algo de ‘invariante’ (...) A apreensão deste núcleo invariante é o que Husserl denominou de ‘visão de essências’ (*Wesenschau*)”.

Descrição e construção de fluxos das experiências – sistematização de unidades estruturais das vivências pessoais registradas longitudinalmente por meio de exercícios de reduções eidéticas: identificação de elementos invariantes, recortes ilustrativos dos registros.

Mapeamento das vivências – leitura atenta dos fluxos das vivências pessoais, visando apreender estruturas do fenômeno estudado, que legitima a multiplicidade de perspectivas evidenciadas. Inicia-se um processo de deslocamento da personalidade dos relatos em busca de elementos típicos e/ou estruturas invariantes. Elabora-se um mapeamento das estruturas com sínteses e recortes de núcleos significativos, individualizando-os.

Reflexividade das vivências constitutivas – Distancia-se gradativamente dos aspectos individuais, que são diluídos em recortes de exemplares que ilustram as estruturas da vivência, desvelados em atitude fenomenológica. Busca-se o cruzamento de intersubjetividades, deixar emergir e apreender, por meio das análises, das variações imaginárias e das reduções, as características do fenômeno.

Resultados

A análise dos relatos escritos sobre a experiência das sessões de psicoterapia após cada encontro permeou tanto os atendimentos exclusivamente on-line (3) quanto os atendimentos que se iniciaram em consultório físico e intercalaram sessões on-line (3). Todos foram finalizados na modalidade digital, em decorrência da eclosão da pandemia de Covid-19, em março de 2020. Foram analisados 336 relatos de sessão, referentes aos seis processos de psicoterapia, num total, em média, de 24 sessões semanais. Os relatos dos terapeutas e pacientes foram pareados, a fim de realizar uma leitura compreensiva das anotações de ambos os participantes sobre a mesma sessão. Os dados foram organizados em dois eixos: (1) ambiente on-line, flexibilidade e imprevisibilidade, em que se reflete sobre a flexibilidade tecnológica, física, de escolha e da conexão; e (2) encontro terapêutico on-line, em que se evidencia personalidade, intimidade, presença e corpo afetado.

Ambiente on-line: flexibilidade e imprevisibilidade

Flexibilidade tecnológica – A mediação tecnológica nos atendimentos é valorizada e avaliada como útil pelos pacientes atendidos, enfatizando-se o contato interpessoal e próximo e a praticidade, “ótimo, é prático, acessível, fácil, dinâmico, e se encaixa bastante e com facilidade na nossa rotina” (Po2, linha 205, 17ª sessão on-line), além de flexibilidade, acessibilidade e adequação aos estilos de vida: “Eu adoro a flexibilidade (...) o contato não deixa quase nada a desejar. As tecnologias facilitam muito o acesso” (Po3, linha 331, 22ª sessão). Permite o sentimento de pertença e vinculação ao se relacionar diante do desenraizamento territorial: “me sinto bem à vontade e acho extremamente importante pro tipo de vida nômade que levo” (Po1, linha 4, 2ª sessão on-line); autocuidado, “correria do dia a dia conseguimos encontrar um tempinho para nos cuidar” (T2, linha 180, 4ª sessão on-line), aproximação entre pessoas “podemos nos aproximar de pessoas que nem saberíamos da existência” (T2, linha 188, 8ª sessão on-line).

Flexibilidade física – Os espaços do território nas consultas on-line não são compartilhados e diferem quanto à materialidade física e temporal. O processo terapêutico é constituído em ambiente flexível, com características espaço-temporais singulares e passíveis de variações a cada encontro. Modifica-se, na medida em que se constitui simultaneamente um outro espaço, único e compartilhado, entre a materialidade do terapeuta, da pessoa atendida e o do dispositivo, em que é o virtual que torna possível o encontro terapêutico. Esse ambiente virtual, por si só, traz perspectivas que modificam a função interventiva do psicólogo. O profissional deixa de ser o responsável pelo espaço físico e pelas produções materiais e passa a intervir a partir da coparticipação do paciente e de sua imprevisibilidade:

Tive receio que, por ser um modo que fomentava um funcionamento produtivista, afetasse a relação no próprio processo terapêutico. Porém, hoje se deu de forma diferente e até com maior leveza. No final, ela pôde me apresentar não só um novo cômodo de sua residência, mas uma nova disposição para o nosso contato on-line. (T2, linha 178, 3ª sessão on-line)

T2 percebe a espontaneidade de Po2 ao expor outros ambientes que apresentam concretamente detalhes de seu espaço íntimo. Essa vivência trans-

formou as concepções de T2 sobre o “funcionamento produtivista” on-line, promovendo a abertura para a transformação mútua do contato mediado pela tecnologia. A abertura para o encontro on-line modificou as preconcepções e os julgamentos, aproximando e promovendo uma nova disposição para o vínculo terapêutico.

A visualização concreta da intimidade compõe o ambiente do atendimento on-line e constitui uma presença em imagem transmitida, ultrapassando o ambiente fixo do consultório de terapia como único lugar possível para o processo terapêutico. A mediação tecnológica possibilita não apenas um, dois ou três espaços, mas a multiplicidade de composições suscetíveis à imprevisibilidade da pessoa atendida e ao espaço digital: “Tem sido interessante ver como o ambiente que ela vai me apresentando dialoga com os discursos” (T2, linha 188, 8ª sessão on-line). Fenômeno novo na prática clínica, o terapeuta vê o ambiente tal como é e pode acompanhar seu mundo real e as falas relativas a esse mundo. Mudanças de residência, de rotina, intercorrências locais e objetos no campo visual tornam-se parte da dinâmica terapêutica e propiciam a concretude de especificidades não alcançáveis no consultório físico e, por vezes, não verbalizadas, o que abre novos horizontes de percepção e de comunicação não verbal: “segundo atendimento desde a mudança de apartamento (dela). Mudou-se o ângulo da câmera e manteve-se o ambiente da última sessão. (...) persianas fechadas e um violão. Não sabia que ela tocava.” (T2, linha 210, 19ª sessão on-line)

Flexibilidade de escolha – O ambiente on-line é fluido e variável, seja pela liberdade de trânsito entre diferentes cômodos e locais, seja pela apropriação espacial que permite livres escolhas e movimentações dos envolvidos. A paciente se sente confortável e livre para escolher os objetos e ações que compõem seu processo: “eu acho muito confortável, me sinto à vontade, anoto as coisas que quero...” (Po2, linha 215, 22ª sessão on-line). Por outro lado, o livre transitar e escolher reposiciona o terapeuta quanto às questões éticas, com vistas a garantir um atendimento seguro nos aspectos da privacidade e do sigilo.

Avaliar a possibilidade de responsabilização da pessoa atendida quanto à expansividade do ambiente pode ser um aspecto importante para decisões quanto à indicação terapêutica da modalidade on-line, especialmente porque o sigilo e o conforto do paciente possibilitam um contexto seguro para a livre expressão e delineiam o grau de aprofundamento nas temáticas: “acho bom, pois mesmo estando viajando pudemos conversar. Mas por exemplo hoje, como eu estava em

um local no qual não me sinto confortável, achei difícil de conversar com a mesma normalidade de sempre.” (Ph1, linha 263, 22ª sessão híbrida).

A corresponsabilização pode ser uma possibilidade de envolver a pessoa atendida nas necessidades éticas e nas exigências essenciais para a criação de um ambiente terapêutico adequado. A análise dos processos acompanhados pela pesquisa aponta a necessidade de uma avaliação contínua das condições do ambiente físico em que os interlocutores se encontram. Esta observação, que deve ocorrer sessão a sessão, passa a ser uma vertente adicional ao trabalho clínico. Outro aspecto inovador na clínica on-line surge da necessidade de explicitar e orientar quanto aos cuidados éticos de sigilo e privacidade, de modo a delinear para ambas as partes as possibilidades e limites da comunicação terapêutica diante das instabilidades do ambiente digital. O ambiente passa a ser, portanto, um espaço constituído mediante a corresponsabilidade e ciência dos aspectos de segurança das informações.

Flexibilidade de conexão – A inserção do ambiente digital nos processos psicológicos acontece via mediação de dispositivos e da conexão da internet. Nesse sentido, o domínio das tecnologias por parte do profissional é imprescindível para a qualidade da oferta do serviço, com vistas a minimizar possíveis prejuízos decorrentes das oscilações da conexão e de uma transmissão ética e protegida das informações no ambiente digital:

Faz diferença o processo ser por vídeo. Na sessão de terça, quando a conexão estava bem ruim, pensei quais opções que eu tinha. A primeira que me veio à mente foi trocar o aplicativo. Mas pensei não ser uma boa opção pelas questões de segurança. Então bolei um plano B, que não precisou ser usado, e decidi que seria somente por voz se a vídeo(chamada) ficasse inviável. E senti desconfortável com essa opção. O vídeo, ele permite mais coisas. Inclusive um olhar atento. (T2, linha 192, 10ª sessão on-line)

O manejo de múltiplos ambientes flexíveis exige condutas específicas do terapeuta, visto que implica ações como desligar o vídeo para manter a fluidez do encontro diante das instabilidades da conexão, o que, por outro lado, exige esforço do terapeuta no uso da imaginação e da escuta ausente de percepções visuais. Conhecer e dominar os recursos tecnológicos disponíveis, diferenciando-os em seus tipos de uso, síncrono, assíncrono, via voz ou via vídeo, os diferentes estilos de comunicação, seus alcances e limitações, além das características dos aplicati-

vos, habilita o terapeuta a intervir diante das intercorrências digitais. Por outro lado, a imprevisibilidade do atendimento on-line pode repercutir em desgaste físico e emocional do terapeuta:

Boas (as impressões sobre o contato on-line), mesmo com a conexão ruim, porém cansativa (...) Limitação das tecnologias, se não pensada com muita estratégia, acaba sofrendo oscilações que dificultam o trabalho e, ainda assim, exigem mais disponibilidade para manter o vínculo e a atenção. (T1, linha 15, 7ª sessão on-line)

Precisa de um grau de atenção maior, na medida em que tende a ficar no superficial, pois tem outras influências, como qualidade da conexão, invasão do espaço privativo... (T1, linha 19, 9ª sessão on-line)

Cansaço e exigências para manter o vínculo e atenção são fenômenos adicionais e requerem que o terapeuta tenha atenção a aspectos inéditos na clínica psicoterapêutica, visto que o ambiente deixa de estar exclusivamente sob seu controle. A possibilidade de ruptura da privacidade, variações na rede de conexão e os desvelamentos contínuos de ambientes íntimos da pessoa são apreensões do ambiente terapêutico on-line, que requerem uma condução adequada desse ambiente fluido.

A expansão das ofertas de tratamento de saúde on-line visa à melhora da acessibilidade digital (UNESCO, 2020), mas está, também, inserida numa cultura de hiperconexão, imediatismo, comodismo e sedução (Rheingold & Garassini, 2013). Tais aspectos demandam atenção a um campo de formação específico da atuação psicológica. Faz-se relevante, portanto, que o terapeuta esteja instrumentalizado para o uso das tecnologias digitais nas intervenções e atente para a construção e cuidado contínuo do *setting* on-line, bem como se dote de uma melhor compreensão e domínio das especificidades inerentes ao campo digital.

Uso tecnológico pessoal x profissional – O uso pessoal de ferramentas digitais na vida é crescente, e o uso das tecnologias propicia praticidade e conforto: “eu acho muito prático e muito vantajoso: não gastamos tempo em deslocamento, se arrumando para sair, ficamos mais à vontade (por) não precisar ir até um consultório de psicologia” (Po2, linha 185, 6ª sessão on-line), imediatismo: “o contato on-line é ótimo, pois nos ajuda com horários e situações extremas com

um rápido contato para poder melhorar a situação” (Ph2, linha 161, 21ª sessão híbrida), senso de urgência: “(...) permite que tenhamos uma sessão a qualquer momento. Mas realmente ter sido no carro não foi a melhor opção (...) em decorrência da sensação de emergência (...) de estresse alto” (T2, linha 196, 12ª sessão on-line). O processo de psicoterapia on-line está sujeito à naturalização da vida híbrida. A falta de delimitação entre o uso pessoal e profissional das tecnologias pode repercutir numa precarização do cuidado e na falta de consistência científica no suporte a pessoas que se encontram emocionalmente vulneráveis. A mediação tecnológica na clínica, se não conduzida de forma a estabelecer os enquadres éticos que legitimam a psicoterapia, tendem a confundir o atendimento terapêutico on-line com as experiências pessoais na internet, seja pela vivência digital na vida do terapeuta, seja do paciente. Dessa forma, o preparo profissional requer capacitação específica, de modo a diferenciar o uso das tecnologias na vida e na profissão:

Agora mais certamente, passados seis meses de processo e em comparação com os presenciais, acredito que o contato on-line, para fins de aproximação, encontros, amizades, abertura para distâncias é muito positivo. Porém, para a terapia exige mais atenção e foco para não se tornar superficial. (Po1, linha 53, 26ª sessão on-line)

A temporalidade pode ser vivida de modos distintos on-line e, em essência, o cuidado terapêutico exige um esforço de compreensão, foco, atenção e escuta diferenciada e conduzida, também, pelo ambiente físico do paciente e suas imprevisibilidades, para não se tornar uma relação superficial e automatizada. A constituição do vínculo terapêutico on-line solicita de terapeutas maior foco, concentração nas comunicações e percepções bidimensionais, atitude ética de diferenciar uso tecnológico pessoal do profissional, em relação aos contatos cotidianos que acontecem na pessoalidade da vida digital.

Encontro terapêutico on-line: intimidade, pessoalidade, corpo e presença

Impessoalidade x intimidade – A impessoalidade e o distanciamento são percepções mencionadas nas sessões iniciais de psicoterapia on-line. Gradativamente, com o acompanhamento longitudinal, percebem-se sentimentos de familiaridade e proximidade, por meio de uma construção intencional da relação que reposiciona o terapeuta na constituição do vínculo:

O contato on-line hoje me parece que inicialmente tem um distanciamento pessoal, mas que com o tempo isso vai se configurando numa familiaridade e proximidade de outra natureza. Hoje me sinto bem à vontade com ela nesse contato (...). Acredito que a proximidade é algo que vem de um esforço consciente do processo terapêutico, o que é importante, visto que não me parece algo natural e espontâneo, mas sim desenvolvido. (T1, linha 45, 22ª sessão on-line)

Justamente essa “outra natureza” que o modo on-line possibilita, de cuidar à distância, é o que pode se tornar familiar, conhecido e possibilitar à dupla se conhecer nessa relação. No decorrer das sessões, a impressão inicial de impessoalidade no ambiente on-line deixa de ser mencionada e a vivência da psicoterapia on-line passa a ser percebida positivamente pelos colaboradores: “acho muito bom poder manter contato on-line. Me dá uma sensação de maior importância para a minha terapia.” (Ph1, linha 289, 36ª sessão on-line). Já as sessões iniciadas face a face e intercaladas com o modo on-line durante o processo provocam novos desdobramentos da terapêutica quando ocorre a mudança para o ambiente on-line, como a desinibição, a diminuição de sentimentos de vergonha e de intimidação:

eu acho que através do contato on-line a gente consegue se expressar mais, pois pessoalmente existe uma certa intimidação, vergonha. Eu acho que as sessões on-line ocorrem de forma muito natural e leve. (Po2, linha 193, 11ª sessão on-line)

Na perspectiva de duas participantes dos processos híbridos (no total de três), a presença física no consultório promove um sentimento de intimidação ou medo, diferentemente de seus sentimentos nas sessões on-line, quando se percebem com maior abertura e expressividade.

Foi boa (a primeira sessão on-line no modelo híbrido, iniciado face a face), apesar de parecer mais impessoal do que o presencial. Mas por sentir dessa forma, talvez dê mais abertura para que eu fale sobre minha vida de uma forma mais aberta (pois não há “medo” ou qualquer coisa do tipo, já que a pessoa não está perto). (Ph1, linha 235, 7ª sessão on-line)

A participante fala de uma impessoalidade no modo on-line; por outro lado, sente maior segurança. A desinibição pode significar uma abertura potencial

à relação terapêutica, que, se conduzida com atenção, pode favorecer o vínculo. Por outro lado, solicita uma condução acurada e atenta por parte do profissional, exigindo maior foco, concentração e capacidade de perceber o outro, por meio de reflexos ocasionados pela noção subjetiva de distância.

Corporeidade x personalidade – No ambiente digital, a presença se concretiza via imagem transmitida, sem a corporeidade material. A partir de uma leitura fenomenológica, apreendem-se determinações fundantes do corpo vivo. Segundo Husserl, “trata-se de uma espécie particular de apreensão, completamente diversa, no qual a camada superior da objetualidade constituída do corpo vivo [*Leibesgegenständlichkeit*], a camada somática específica, constitui-se para além de tudo que é próprio da *matéria* do corpo vivo [*Leibesmaterie*]” (1952/2002, p. 383, tradução livre). As determinações materiais do corpo vivo e as especificamente somáticas estão correlativamente relacionadas. O corpo vivo possui seu aspecto de materialidade e se constitui, também, por seus campos sensíveis, singulares, com seu próprio estado de sensibilidade, que são afetados conforme as circunstâncias reais inerentes. Dessa forma “o universo das sensações acontece na relação com o corpo vivo e com uma parte específica própria chamada órgãos de sentido, tornando-o somático mais do que material” (Husserl, 1952/2002, p. 384, tradução livre). Ao refletir sobre o campo on-line de relacionamento, os múltiplos ambientes promovem uma atmosfera terapêutica diferenciada e norteadora na consolidação do vínculo entre psicólogo e paciente, o que se reflete, por sua vez, na natureza do encontro terapêutico.

Sinto que às vezes funciona como um óculos. Às vezes filtra o que não conseguiremos lidar na hora (...) funciona em outras vezes como um ajustador de foco, fornecendo maior visibilidade a detalhes. De fato, vou entendendo cada vez mais como uma modalidade. (T2, linha 206, 17ª sessão on-line)

O aspecto de lente/tela modifica a experiência do encontro, promove campos de percepção bidimensionais, o que pode funcionar para ajudar a enxergar (óculos), digerir (filtrar) e ajustar o que se deseja ver (ajustador de foco), ampliando a compreensão (maior visibilidade) e conhecimento de aspectos do todo (detalhes). Um dos desafios da psicoterapia on-line está na possibilidade de ultrapassar a experiência objetiva da tela, em busca de intencionar e encontrar a personalidade, a esfera do sentir, para o estabelecimento do vínculo terapêutico. O sentir, compreendido em seu duplo sentido, é (1) fisicamente

localizado e perceptivamente espacial, o que é, por essência, diferente para ambos os envolvidos quando da mediação on-line; e é (2) uma tomada de posição no âmbito das experiências de pensamento, valoração e prática. Segundo Husserl (1952/2002, p. 388-497), por meio do seu agir e do afetar-se, o “eu” possui seu corpo vivo próprio, que reage com seus órgãos às coisas externas e que, com base nessas vivências, toma posição de modo singular em relação a elas. O desafio do atendimento on-line se reflete na possibilidade e no esforço do terapeuta em captar e apreender as nuances materiais, espaciais e temporais da pessoa atendida que se diferem com a mediação digital.

Corpo distante x corpo afetado – Quando as distâncias geográficas não possibilitam um contato físico, o corpo pode ser visto e apreendido a partir da subjetividade do terapeuta, o que exige uma observação intencional das nuances que se revelam na imagem virtual transmitida:

Demanda um pouco mais de concentração e atenção, visto que os detalhes corporais são mais sutis, restritos ao rosto e expressões do olho e da face (T1, linha 5, 3ª sessão on-line). Aos poucos vai se tornando mais familiar e confortável, mesmo com falhas de conexão na imagem, como se entrasse em um processo interno intuitivo que a fala do outro ressoa em uma outra dimensão não física (...) mais próximo da visualização dos olhos, e das expressões que vem dos olhos, como tristeza, mudança de cor, mais avermelhado em momentos de tristeza, mais úmidos ou expressões de descontração mais visíveis pela face. Dependendo da posição, é possível também apreender dados do restante do corpo, se a câmera estiver mais distante. (T1, linha 7, 3ª sessão on-line)

O modo on-line possibilita focar nos rostos, de modo que a corporeidade orgânica se manifesta na imagem de detalhes faciais ampliados pela câmera. Traz como essencialidade, também, a forma como as pessoas se expressam em seu próprio ambiente, interagem e o manipulam na relação com seu próprio corpo enquanto órgão de vontade (Husserl, 1952/2002, p. 385). Há a possibilidade de uma vinculação para além do corpo inteiro, apreendida, também, por nuances, como o livre movimentar-se, como o próprio relato da paciente: “hoje eu parecia estar mais ‘desgovernada’ das ideias, tipo um trem descarrilhado, perdida em ansiedade e tristezas” (Po1, linha 16, 8ª sessão on-line), em consonância com as impressões da terapeuta: “A confusão dela e seus movimentos de andar na sala

da casa. Com o celular na mão. Provavelmente esse comportamento ansioso não aconteceria no presencial.” (T1, linha 17, 8ª sessão on-line). Diante da escolha do próprio ambiente, a paciente demonstra sua ansiedade pelas ideias, mas também a explicita nas atitudes, transmitindo sua presença psicofísica, orgânica, na relação com o seu ambiente.

O ambiente on-line como extensão da corporeidade da pessoa também é retratado por parte dos terapeutas: “É bem consoante com o processo. Hoje que ela estava cansada, a conexão parecia do mesmo jeito que ela” (T2, linha 213, 21ª sessão on-line). Os elementos do ambiente digital também parecem passíveis de serem apreendidos como parte do encontro terapêutico: “Elementos difíceis de rastrear, como a conexão, têm alguma relação estranha e sensível à condução do processo terapêutico.” (T2, linha 218, 23ª sessão on-line). O ambiente expressa a fala de seu interlocutor, e a compreensão depende da habilidade do terapeuta de estar atento às diferentes nuances que aparecem nas imagens bidimensionais: “hoje houve mais interações, movimentação corporal, mudança de posição da câmera e foi possível observá-las à medida que os temas eram abordados” (T3, linha 299, 5ª sessão on-line).

Corpo x presença – Nos atendimentos exclusivamente on-line dos três colaboradores atendidos, dois mencionaram desejo de um encontro em consultório físico. Em um deles, foi citado numa sessão, e no outro, trouxe a necessidade da presença física do terapeuta nas 8ª e 10ª sessões iniciais: “Hoje me senti como se um encontro presencial fosse necessário; estava necessitado de um acolhimento mais humano” (Po3, linha 305, 8ª sessão); “(...) me sentindo um pouco desconectado (...) devido ao fato de não conhecê-lo pessoalmente” (Po3, linha 309, 10ª sessão). Com o passar das sessões, há impressão de aproximação subjetiva, ainda que aludindo a uma necessidade de conexão mais pessoal para sentir a presença do terapeuta: “Em 80% das vezes me sinto muito confortável e aberto pra fazer o assunto fluir durante a chamada, mas alguns dias minha mente sente como se fosse necessária uma conexão mais pessoal e sentir o outro completamente presente” (Po3, linha 317 14ª sessão). Já no encerramento, após 24 sessões, o vínculo e a conexão significativa transmitem a personalidade ao encontro terapêutico: “Positivas, criei um forte vínculo (...) sinto que ele me conhece bem” (Po3, linha 333, 25ª sessão); “consegui me conectar com (o terapeuta) de forma tão significativa quanto eu me conectaria com um outro terapeuta pessoalmente” (Po3, linha 335, 26ª sessão). Nesses relatos, percebe-se a necessidade do contato corporal como presença e vínculo, mas no decorrer

dos encontros, revela “forte vínculo”, sendo “significativo”, com destaque para a qualidade do encontro terapêutico.

Legitimar e intencionar a presença do corpo no ambiente virtual, que acontece por meio da imagem transmitida nas terapias via videochamada, aparenta ser um recurso significativo do processo terapêutico. O corpo físico não está presente, mas o corpo afetado subjetivamente age e atua de forma contínua no ambiente escolhido e fluido, significativamente marcado pela liberdade dos interlocutores. O reconhecimento do corpo enquanto ressonância afetiva pode emergir, legitimando o encontro terapêutico on-line.

Discussão

A inserção das TICs nos processos de psicoterapia exige questionamentos sobre o fazer propriamente dito, em seus aspectos empíricos, de conhecimento tecnológico, ambiente e configuração da forma de atendimento, conduta e postura profissional, segurança das informações, capacitação para o uso de ferramentas tecnológicas, entre outros. Para além das questões de ordem prática, fazem-se necessárias também reflexões acerca dos sentidos dessas transformações na vida e no cotidiano. Na esfera ética e estética, as relações e condutas mediadas por tecnologias digitais influenciam na relação consigo e com os outros, com outras formas de encontro na experiência terapeuta-pessoa, com um alargamento dos modos de se relacionar, de se comunicar, de se vincular e de compartilhar.

Este estudo busca evidenciar a inserção das tecnologias digitais nos processos psicoterapêuticos, atentando-se para as especificidades da clínica on-line e as nuances do *setting* e do vínculo terapêutico por meio do registro de relatos escritos após cada sessão. Como resultados, observa-se que o ambiente on-line de atendimento tem, dentre suas essencialidades, a flexibilidade e a imprevisibilidade, refletidas nos aspectos do uso dos dispositivos tecnológicos na vida das pessoas, na presença física de seus interlocutores, na escolha da configuração singular do espaço, das comunicações e na forma como acontece a conexão via dispositivos e a relação subjetiva.

Percebe-se que a mediação das TICs é um fenômeno útil, apreciado e valorizado pelos pacientes atendidos. Por outro lado, há uma resistência inicial, ao ver a internet como elemento negativo que poderia afetar a relação psicoterapêutica, seja por seu uso a partir de lógicas de mercado, seja pela impessoalidade. Porém, à medida que experimentam se relacionar por meio das TICs, percebe-se nos relatos que o fenômeno intersubjetivo no modo on-line possibilitou transformações

das ideias preconcebidas e permitiu benefícios para o tratamento. Foi possível observar e conhecer lugares importantes e valorizados pelos pacientes, fenômeno novo na prática clínica, em que o terapeuta vê o ambiente tal como ele é e tem a possibilidade de acompanhar o discurso a partir de expressividades inseridas no ambiente pessoal, trazendo para a experiência terapêutica campos de conhecimentos úteis do ambiente no qual os pacientes se comunicam.

Um segundo resultado traz reflexões sobre o encontro terapêutico on-line, que também é permeado pelas características do ambiente digital. Evidencia-se a necessidade de distinguir o uso pessoal das tecnologias de seu uso profissional. Por meio da análise dos dados, percebe-se que o atendimento on-line requer uma atitude de maior concentração, envolvimento, manejo de situações como instabilidades da internet, presença de terceiros e uma avaliação constante do ambiente. Tais especificidades, se não consideradas, podem acarretar sobrecarga, cansaço e superficialidade na relação terapêutica. Além disso, destaca-se a sensação inicial de impessoalidade que, com o tempo, transforma-se em sensação de intimidade, de proximidade e de cuidado, configurando-se como presença, intimidade e afeto.

O encontro terapêutico on-line, em linhas gerais, acontece mediante nuances que podem se tornar importantes recursos de condução terapêutica: a impessoalidade enquanto fenômeno, segundo os relatos, proporciona efeitos de desinibição, que podem, por outro lado, favorecer o vínculo e a aproximação, que se mostra impessoal nos contatos iniciais. A desinibição no ambiente digital pode ser uma característica significativa para a construção do vínculo terapêutico on-line, ao atentar-se para a comunicação de aspectos que a presença física do outro pode, eventualmente, inibir. A impessoalidade inicial do ambiente digital terapêutico pode transformar a noção de proximidade, estabelecendo um novo contexto de presença, mais privativo e íntimo, no universo do paciente.

Outros aspectos que se distanciam da aparente impessoalidade, em direção à intimidade do encontro terapêutico on-line, são os sinais e expressões que o corpo digital transmite via internet, com um corpo on-line passível de ser apreendido por meio de expressões finas e sutis, do olhar, da face e dos olhos. A intimidade, a conexão e a corporeidade orgânica formam importantes aspectos para o encontro terapêutico on-line: ao refletir sobre as diferentes perspectivas das pessoas atendidas exclusivamente on-line ou de forma híbrida, explorar o efeito da desinibição no modo on-line pode ser um recurso para as terapias mediadas por tecnologias, sempre considerando que essencialmente o corpo físico estará ausente, e que tal ausência deve ser avaliada conjuntamente com a pessoa atendida, a fim de garantir os benefícios da psicoterapia.

A possibilidade de conhecer e dominar as especificidades dos dispositivos tecnológicos, bem como a presença do fenômeno da vida híbrida nos atendimentos, sugerem a importância de estabelecer uma comunicação horizontalizada sobre os requisitos éticos e regulatórios do atendimento psicológico. A comunicação e o acordo mútuo sobre as necessidades do atendimento privativo, sigiloso, em vistas da corresponsabilização pela constituição do ambiente, podem repercutir na qualidade da relação terapêutica, aumentando os benefícios e o alcance da psicoterapia on-line.

Os avanços constantes e velozes da tecnologia nos serviços de psicologia apontam a necessidade de investimentos na formação e especialização de profissionais aptos a transitar em modalidades de atendimentos híbridos, bem como a necessidade de resoluções e de orientações sobre a prática on-line (Hallberg & Lisboa, 2016), a importância do desenvolvimento de treinamento específico para as novas modalidades de atendimento (Barak et al., 2008), o manejo profissional adequado das tecnologias digitais e do fenômeno da vida híbrida (Nicolaci da Costa et al., 2009). No campo da pesquisa, estudos longitudinais e clínicos, sistematizações de comunicações científicas e diretrizes para investigações interventivas baseadas na internet também devem compor o núcleo de formação profissional e acadêmico (Proudfoot et al., 2011). Por fim, a inclusão de políticas públicas e de financiamentos específicos para o desenvolvimento de práticas híbridas de cuidado em saúde mental devem ser consideradas, a partir da interação entre diversos setores, como acadêmicos, profissionais e governamentais, com o intuito de empreender discussões sobre as necessidades práticas e as transformações antropológicas decorrentes da mediação tecnológica na vida.

Referências

- Antúñez, A. E. A.; Silva, N. H. L. P. (Orgs.) (2021). *Consultas terapêuticas on-line: Na saúde mental*. Manole.
- Barak, A.; Hen, L.; Boniel-Nissim, M.; Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Barreira, C. R. A. (2017). Análise fenomenológica aplicada à psicologia: Recursos operacionais para a pesquisa empírica. In: M. Mahfoud, J. Savian Filho (Orgs.). *Diálogos com Edith Stein: Filosofia, psicologia, educação*, p. 317-368. Paulus. https://www.researchgate.net/publication/342165856_Analise_fenomenologica_aplicada_a_Psicologia_recursos_operacionais_para_a_pesquisa_empirica/ (acessado 20/11/2023)

- Blumenberg, H. (1996). *Wirklichkeiten, in denen wir leben: Aufsätze und eine Rede*. Reclam. <https://dokumen.tips/documents/blumenberg-hans-1996-wirklichkeiten-in-denem-wir-leben-blumenberg-hans.html> (acessado 31/10/2023)
- Bordini, G. S.; Sperb, T. M. (2011). O uso dos grupos focais on-line síncronos em pesquisa qualitativa. *Psicologia em Estudo*, 16(3), 437-445. <https://www.scielo.br/j/pe/a/MjNSyC5m4mbfPVbrLJCSPxt/>
- CFP – Conselho Federal de Psicologia (2018). *Resolução CFP 011/2018 – Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP 11/2012*. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-11-de-11-de-maio-de-2018-14132486>
- CFP – Conselho Federal de Psicologia (2020). *Resolução CFP 4/2020 – Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de tecnologia da informação e da comunicação durante a pandemia do Covid-19*. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-4-de-26-de-marco-de-2020-250189333>
- CNS – Conselho Nacional de Saúde (2012). *Resolução 466/2012 – Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Ministério da Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Hallberg, S. C. M.; Lisboa, C. S. M. (2016). Percepção e uso de tecnologias da informação e comunicação por psicoterapeutas. *Temas em Psicologia*, 24(4), 1297-1309. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000400006
- Holmes, E. A.; Ghaderi, A.; Harmer, C. J.; Ramchandani, P. G.; Cuijpers, P.; Morrison, A. P.; Roiser, J. P.; Bockting, C. L. H.; O'Connor, R. C.; Shafran, R.; Moulds, M. L.; Craske, M. G. (2018). The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), 237-286. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30513-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30513-8)
- Husserl, E. (1952/2002) *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Libro terzo: La fenomenologia e i fondamenti delle scienze*, vol. II, Giulio Einaudi.
- Leitão, C. F. (2003). *Os impactos subjetivos da internet: Reflexões teóricas e clínicas* (tese de doutorado). Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). <https://doi.org/10.17771/PUCRio.acad.4122>
- Nicolaci da Costa, A. M.; Romão Dias, D.; Di Luccio, F. (2009). Uso de entrevistas on-line no método de explicitação do discurso subjacente (MEDS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 36-43. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100006>
- Ohannessian, R.; Duong, T. A.; Odone, A. (2020). Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the Covid-19 pandemic: A call to action. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18810. <https://doi.org/10.2196/18810>
- Pieta, M. A. M.; Gomes, W. B. (2014). Psicoterapia pela internet: Viável ou inviável?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(1), 18-31. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100003>

- Prado, O. Z.; Meyer, S. B. (2006). Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 247-257. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200003>
- Proudfoot, J.; Klein, B.; Barak, A.; Carlbring, P.; Cuijpers, P.; Lange, A.; Ritterband, L.; Andersson, G. (2011). Establishing guidelines for executing and reporting internet intervention research. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 82-97. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.573807>
- Rheingold, H.; Garassini, S. (Ed.) (2013). *Perché la rete ci rende intelligente*. Raffaello Cortina.
- Rodrigues, C. G.; Tavares, M. A. (2017). Psicoterapia online: Demanda crescente e sugestões para regulamentação. *Psicologia em Estudo*, 21(4), 735-744. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i4.29658>
- Santos, J. M. (2007). *O mundo e o tempo: Ensaios de fenomenologia e teoria da comunicação*. Universidade da Beira Interior. <https://www.labcom.ubi.pt/book/266> (acessado 20/11/2023)
- Schuchmann, A. Z.; Schnorrenberger, B. L.; Chiquetti, M. E.; Gaiki, R. S.; Raimann, B. W.; Maeyama, M. A. (2020). Isolamento social vertical X isolamento social horizontal: Os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de Covid-19 [Vertical social isolation vs horizontal social isolation: Health and social dilemmas in coping with the Covid-19 pandemic]. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 3556-3576. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/9128>
- Siegmund, G.; Lisboa, C. (2015). Orientação psicológica on-line: Percepção dos profissionais sobre a relação com os clientes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 168-181. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001312012>
- Silva, N. H. L. P.; Ottolia, R. F.; Marques, L. G.; Antúnez, A. E. A. (2022). Use of digital technologies in mental health during Covid-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 39, e200225. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202239e200225>
- Tourinho, C. D. C. (2017). O método fenomenológico nas ciências humanas: A recepção de Husserl na filosofia francesa contemporânea. *Ética e Filosofia Política*, 1(20), 110-127. <https://doi.org/10.34019/2448-2137.2017.17614>
- UNESCO (2020). *UNESCO advocates internet universality indicators for advancing human rights at Rightscon 2020* (News, 06/08/2020). <https://www.unesco.org/en/articles/unesco-advocates-internet-universality-indicators-advancing-human-rights-rightscon-2020> (acessado 31/10/2023)
- We Are Social (2019). *Digital 2019 Brazil – Global Overview / Brazil*, Jan 2019. <https://datareportal.com/reports/digital-2019-brazil/> (acessado 31/10/2023)

Notas

- ¹ Este trabalho é parte de uma pesquisa de pós-doutorado desenvolvida no IPUSP, intitulada *Psicoterapia mediada pelas tecnologias de informação e comunicação: Um estudo longitudinal*, cuja sistematização e análise seguem a fenomenologia de Edmund Husserl.

Recebido em 28 de novembro de 2021
Aceito para publicação em 01 de maio de 2022

EFEITOS TERAPÊUTICOS DA PSICOTERAPIA DE GRUPO DE ABORDAGEM PSICANALÍTICA: UMA EXPERIÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

*THERAPEUTIC EFFECTS OF GROUP PSYCHOTHERAPY WITH A
PSYCHOANALYTIC APPROACH: AN EXPERIENCE IN PUBLIC POLICY*

*EFFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO CON
ENFOQUE PSICOANALÍTICO: UNA EXPERIENCIA EN POLÍTICAS PÚBLICAS*

Bruno Huffel de Lima ⁽¹⁾

Elizangela Felipi ⁽²⁾

Márcia Luíza Pit Dal Magro ⁽³⁾

Anie Stürmer ⁽⁴⁾

Marta Neckel Menezes ⁽⁵⁾

RESUMO

Para as terapêuticas de base psicanalítica, o sintoma deixa de ser condição de um produto mórbido para se transformar em conflito psíquico, e a palavra passa a dominar a terapêutica. O Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH) se caracteriza como uma proposta de atenção à saúde mental a partir do atendimento grupal em serviços públicos, com a psicanálise como principal referencial teórico. Este estudo teve como objetivo analisar os efeitos terapêuticos do GDH a partir das mudanças psíquicas relatadas por duas participantes desses grupos.

⁽¹⁾ Mestre em Educação e Psicólogo clínico pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), SC, Brasil. email: bhuffel@gmail.com

⁽²⁾ Psicóloga clínica e Mestranda em Educação pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), SC, Brasil. email: efelipi@unochapeco.edu.br

⁽³⁾ Doutora em Psicologia; Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação e do curso de Psicologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), SC, Brasil. email: mapit@unochapeco.edu.br

⁽⁴⁾ Psicóloga especialista em Psicologia Clínica; Diretora, Docente e Supervisora do Instituto de Psicologia de NH – IPSI; Docente e Supervisora do Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia (IEPP-POA). Novo Hamburgo, RS, Brasil. email: aniesturmer@hotmail.com

⁽⁵⁾ Psicóloga clínica e pós-graduanda em Psicanálise e Análise do Contemporâneo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Direito Processual Civil pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), SC, Brasil. email: marta.neckel@gmail.com

Este estudo foi financiado com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) e do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), do Ministério da Saúde, aprovado pelo edital FAPESC 16/2020.

Foi utilizado o método clínico-qualitativo e entrevistas em profundidade com as usuárias participantes dos grupos. As análises empreendidas indicam a ocorrência de efeitos terapêuticos a partir da participação nos grupos psicoterapêuticos, que compreendem mudanças na forma que apreendem experiências anteriores, na percepção de si mesmas, na importância das outras pessoas, bem como na forma de lidar com eventuais conflitos que venham a surgir, o que demonstra uma melhor capacidade de reflexão e aprimoramento do “aparelho do pensar” proposto por Bion. Nesse sentido, se destaca o potencial dos grupos psicoterapêuticos promovidos pelo GDH como outro modo de assistência em saúde mental. Também se destaca que essa proposta desvela possibilidades de contribuição da psicanálise ao contexto das políticas públicas.

Palavras-chave: psicanálise; saúde mental; psicoterapia de grupo; políticas públicas.

ABSTRACT

For psychoanalytic-based therapies, the symptom is no longer a condition of a morbid product and becomes a psychic conflict, and the word comes to dominate the therapy. The Human Development Group (GDH) is characterized as a proposal for mental health care based on group care in public services, with psychoanalysis as the main theoretical framework. This study aimed to analyze the therapeutic effects of GDH from the psychic changes reported by two participants of these groups. The clinical-qualitative method and in-depth interviews with the users participating in the groups were employed. The analyses undertaken point to the occurrence of therapeutic effects due to participation in psychotherapeutic groups, which include changes in the way previous experiences are perceived, in their self-perception, in the importance of other people, as well as how to deal with any conflicts that may arise, which demonstrates a better capacity for reflection and improvement of the “thinking apparatus” proposed by Bion. In this sense, the potential of psychotherapeutic groups promoted by the GDH stands out as another form of mental health care. It is also highlighted that this proposal reveals possibilities for psychoanalysis to contribute to the context of public politics.

Keywords: psychoanalysis; mental health; group psychotherapy; public policy.

RESUMEN

Para las terapias de base psicoanalítica, el síntoma deja de ser una condición de un producto mórbido y se convierte en un conflicto psíquico, y la palabra llega a dominar la terapia. El Grupo de Desarrollo Humano (GDH) se caracteriza por ser una propuesta de atención en salud mental basada en la atención grupal en los servicios públicos, con el psicoanálisis como principal marco teórico. Este estudio tuvo como objetivo analizar los efectos terapéuticos del GDH a partir de los cambios psíquicos relatados por dos participantes de estos grupos. Se utilizó el método clínico-cualitativo y entrevistas en profundidad con los usuarios participantes en los grupos. Los análisis realizados señalan la ocurrencia de efectos terapéuticos de la participación en grupos psicoterapéuticos, que incluyen cambios en la forma de comprender experiencias previas, en la percepción de sí mismos, en la importancia de otras personas, así como en la forma de afrontar los conflictos que puedan surgir, lo que demuestra una mejor capacidad de reflexión y mejora del “aparato de pensamiento” propuesto por Bion. En este sentido, destaca el potencial de los grupos psicoterapéuticos promovidos por el GDH como otra forma de atención a la salud mental. También se destaca que esta propuesta revela posibilidades para que el psicoanálisis contribuya al contexto de las políticas públicas.

Palabras clave: psicoanálisis; salud mental; psicoterapia de grupo; políticas públicas.

Introdução

A apresentação do que é inaugural na teoria freudiana é realizada por Macedo e Falcão (2005): “[...] o tempo da palavra como forma de acesso por parte do homem, ao desconhecido em si mesmo, e o tempo da escuta que ressalta a singularidade de sentidos da palavra enunciada” (p. 65). Além do tempo da palavra, outro aspecto fundamental da psicanálise reside na compreensão do sintoma como uma linguagem – produto da subjetividade humana –, e não como mero disfuncionamento do sistema nervoso (Dantas, 2009). O inaugural também se atribui à atenção dada às narrativas de um sujeito ativamente participante, promotor de um discurso permeado por lacunas.

O objetivo das psicoterapias psicanalíticas, sejam individuais, sejam grupais, consiste na mudança das estruturas mentais e dos estados inconscientes, conforme apontam Zanata e Benetti (2012). Bion também explora essa questão, apontando que o tratamento psicanalítico não se baseia “[...] no propósito de

diminuir sintomas e angústias, mas na oportunidade criada pela dupla paciente-terapeuta de promover espaços mentais com cada vez mais verdade, criatividade e complexidade” (Padoan et al., 2013, p. 60).

Nessa forma de compreender e intervir sobre a experiência do sofrimento, o sintoma deixa a condição de um produto mórbido para se transformar num conflito psíquico, e a palavra passa a dominar a terapêutica. “Freud, a partir de seus estudos sobre a histeria, nos mostra a existência de um outro corpo, assim como também de uma outra anatomia que vêm subverter a lógica do discurso médico, pois este tende a desconsiderar a noção de gozo e de sofrimento psíquico” (Dantas, 2009, p. 156). Compete ao analista o dever de andar junto, como um par, construindo enigmas que funcionarão como disparadores da cadeia de associações do analisando, permitindo acesso ao desejo inconsciente.

Para Macedo e Falcão (2005, p. 65), “[...] a condução do processo analítico deve possibilitar a descoberta, por parte do paciente, de que ele é quem sabe de si: um saber que é patrimônio de um território desconhecido de si mesmo. Para alcançá-lo, além de ser escutado, o analisando deverá escutar-se”. Nesse sentido, tanto analisando quanto analista passam a adotar uma postura ativa no processo.

O modelo da psiquiatria biológica apresenta para a saúde mental uma perspectiva assistencial centrada na remissão de sintomas por meio do uso de psicofármacos, fazendo com que abordagens pautadas na psicanálise, que dominaram até os anos 1960, pareçam obsoletas frente às “pílulas da alegria” (Dantas, 2009). Contudo, nesse ínterim, cabe destacar que a compreensão da psicanálise sobre o sofrimento psíquico se diferencia muito daquela proposta pela Associação Americana de Psiquiatria e seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que tem influenciado os sistemas públicos de saúde ao redor do mundo, incluindo o Brasil (Dunker, 2018).

Foi num cenário de avanços no marco regulatório da saúde mental, com a promulgação de políticas públicas que visavam à ampliação e humanização da clínica, a expansão de serviços de base territorial e de cuidado continuado (Ministério da Saúde, 2004, 2012), que em 2012 formatou-se em Chapecó, cidade de médio porte localizada no oeste do estado de Santa Catarina, uma proposta para atendimento em saúde mental diferenciada. Denominada Grupos de Desenvolvimento Humano (GDH), ela tem as abordagens psicanalíticas como principal referência, e foi organizada para o atendimento de usuários de forma grupal.

O GDH se inscreve no âmbito da educação permanente em saúde, contando com um processo de formação que inclui estudos teóricos, técnicos e supervisões, bem como suporte emocional para os profissionais. Também se pauta

no matriciamento em saúde, em que o profissional especialista em saúde mental presta suporte ao generalista. No período de 2012 a 2019, a ação envolveu mais de 100 profissionais das políticas de saúde, assistência social e educação do município e milhares de usuários.

Estudos já realizados sobre essa ação indicam que ela tem ampliado a capacidade de cuidado em saúde mental dos profissionais de saúde do território (Freitas et al., 2020). Assim, este estudo visa abarcar aspectos ainda não estudados dessa ação, tendo como objetivo geral analisar os efeitos terapêuticos do GDH a partir das mudanças psíquicas relatadas por duas participantes de tais grupos.

Psicanálise de grupo e os Grupos de Desenvolvimento Humano (GDH)

Para a psicanálise, o desenvolvimento humano é possível e marcado pela presença do outro, ou seja, por meio dos cuidados desse outro. É a partir desse outro que nosso aparelho psíquico se constitui, bem como as fantasias e os mecanismos de defesa (Maia, 2017). Constituímo-nos sujeitos em relação. Nesse processo, assumimos papéis permeados pelos espaços de produto e produtores de subjetividades relacionais.

Freud não se dedicou profundamente à grupoterapia, mas sua herança teórica inclui obras que nos auxiliam a pensar como esse processo ocorre, sob a ótica psicanalítica. O pai da psicanálise, ao escrever *Psicologia das massas e análise do ego* (Freud, 1921/1976), discutiu como funcionam os processos grupais e registrou que “[...] apenas raramente e sob certas condições excepcionais, a psicologia individual se acha em posição de desprezar as relações desse indivíduo com os outros”. As relações de um indivíduo com a família, amigos, trabalho e com seus objetos de desejo devem ser consideradas como fenômenos sociais; são esses fenômenos, reproduzidos nos processos terapêuticos grupais, que nos sugerem a necessidade de um olhar mais atento sobre essa prática clínica.

Nas pesquisas realizadas por Zimmerman (2004/2008a, 2004/2008b), o autor considerou que S. H. Foulkes, psicanalista britânico, introduziu, em 1948, conceitos eminentemente psicanalíticos no processo grupal, servindo de referencial aos sucessores do estudo da psicoterapia analítica de grupo. Na mesma década, W. R. Bion se sobressaiu ao trabalhar ativamente com a psicanálise de grupo, vindo a ser conhecido internacionalmente.

É preciso conceber que a formação de um grupo não se limita a um mero somatório de indivíduos, uma vez que eles se constituem como uma nova iden-

tidade, com suas leis e mecanismos específicos. Por meio da experiência grupal, seus participantes são apresentados à possibilidade de vivenciar novas experiências de vinculação que permitem o rompimento de estereótipos que geram alienação e os impedem de enfrentar as dificuldades inerentes ao existir (Maia, 2017). Uma nova organização psíquica se faz possível por meio dos grupos, com engendramentos exclusivos desse tipo de relação humana, com consistente grau idiossincrático, não universalizante e igualmente potente.

Outro fenômeno bem comum nos grupos terapêuticos apoiados pela teoria psicanalítica, é apontado por Zimerman (2004/2008a, p. 442):

No campo grupal, costuma aparecer um fenômeno específico e típico: a ressonância que, como o nome sugere, consiste no fato de que, tal como acontece num jogo de diapasões acústicos ou de bilhar, a comunicação trazida por um membro do grupo vai ressoar no outro, o qual, por sua vez, vai transmitir um significado afetivo equivalente, ainda que, provavelmente, venha embutido em uma narrativa de embalagem bem diferente e assim por diante.

O mesmo autor (2004/2008a, p. 442) complementa:

O campo grupal constitui-se como uma galeria de espelhos, onde cada um pode refletir e ser refletido nos e pelos outros. Particularmente nos grupos psicoterápicos, essa possibilidade de encontro do *self* de um indivíduo com o de outros configura uma possibilidade de discriminar, afirmar e consolidar a própria identidade pessoal.

O trabalho grupoanalítico expõe os sujeitos a momentos de caos e momentos de se encontrar o caminho. Na obra de Bion, o processo do pensar se dá por meio de uma oscilação constante entre as duas posições kleinianas (esquizo-paranoide e depressiva), que variam da desintegração à integração, da desordem à ordem (Fernandes, 2017, p. 38). O funcionamento mental e a ideia de uma mente em constante transformação e crescimento são apresentados por Bion, demarcados pela intersecção entre essas posições kleinianas, para a “criação de um ego novo ou singular” (Dias & Vivian, 2011).

Pichon-Rivière elaborou teorias e técnicas dos Grupos Operativos (GO), com algumas contribuições da psicanálise, buscando em seus grupos possibilitar certo aprendizado (Fernandes, 2003). Santos et al. (2016, p. 41) sinalizam que o GO se “[...] constitui um campo no qual se opera enquanto se aprende a reco-

nhecer conflitos e a identificar recursos, potencializando a capacidade criativa e de superação de obstáculos”. Para os mesmos autores, “o propósito primordial do grupo operativo é permitir a produção de um conhecimento que se pode adquirir por meio da convivência grupal” (Santos et al., 2016, p. 41).

Defendendo a aplicabilidade dos grupos operativos em inúmeros contextos, recorremos a Hur, Mendonça e Viana (2016), que apontam que há nesses grupos espaço para que a palavra circule, rompendo com a tradicional relação de saber e poder, evidenciada, por exemplo, na relação entre professor e aluno, em que o primeiro fala e avalia, e o segundo escuta e reproduz. Para os mesmos autores, nos GO há “uma construção discursiva que se opera coletivamente e não de forma segmentada” (Hur et al., 2016, p. 98). Essa técnica dá ao participante a possibilidade da identificação, enquanto ouve histórias de vida que se assemelham à sua, e a oportunidade de se sentir importante e valorizado, à medida que outros também ouvem suas questões (Bechelli & Santos, 2004).

Os grupos de GDH se orientam pela técnica dos grupos operativos de Pichon-Rivière (2005), adotando a proposta do autor para o manejo do processo grupal, o qual é centrado na tarefa anunciada no emergente grupal, que traz consigo um problema que precisa de solução ou elaboração. A ação dos coordenadores desses grupos segue as orientações da teoria psicanalítica, baseada num tripé teórico:

- a) na existência do inconsciente, o qual mantém os registros das vivências do sujeito desde a sua concepção; b) na possibilidade da regressão, ou seja, acessarmos e revivermos situações, conflitos ou traumas do passado; c) na possibilidade de resolvermos, elaborar-mos tais traumas no aqui e agora, no tempo presente, através da transferência. (Freitas & Metelski, 2020, p. 73)

Esses grupos buscam a aquisição de *insights* sobre os conflitos inconscientes/conscientes causadores do sofrimento psíquico, a fim de elaborar as causas dos conflitos no “aqui e agora”, o que permite a aproximação com a concepção dialética da relação terapêutica de Pichon-Rivière (1982/2007). Enquanto terapêutica grupal, o GDH visa promover em seus usuários um crescimento mental, conceito entendido por Bion como finalidade de todo tratamento psicanalítico, que evidencia o processo de emancipação desses sujeitos (Grinberg & Sor, 1973).

Os coordenadores de grupo também devem refletir sobre o tema da neutralidade terapêutica, compreendendo um tensionamento dialógico que, de acor-

do com Freitas e Metelski (2020), humaniza o grupo. Isso se dá na medida em que as experiências pessoais e os sentimentos dos coordenadores podem ser horizontalizados com o grupo, a fim de realimentar o processo grupal, promovendo aproximações e a desidealização da figura do terapeuta.

A proposta do GDH reúne profissionais de nível superior das mais diversas áreas, submetidos à formação nos conceitos fundamentais da psicanálise e psicoterapia de grupo, como descrevem Freitas e Metelski (2020), processo que se dá na perspectiva da educação permanente em saúde, em momentos de estudo teórico e supervisões semanais descritos adiante neste texto. Isso garante uma substancial organização referente à condução do tratamento, bem como compreensão do aparelho psíquico, da escuta e da intervenção por meio da palavra, que se propõe intervir na relação do sujeito com seu inconsciente e com seu meio. Nesse prisma, um importante aspecto deve ser marcado, no que diz respeito às diferenças existentes na condução do grupo por profissionais de diversas áreas, que, apesar de falarem de lugares distintos quanto a sustentação teórica sobre saúde mental e psicanálise, convergem – por meio da formação –, no que toca à relação do sujeito com seu inconsciente.

De acordo com Freitas et al. (2020), o GDH está organizado segundo cinco estratégias complementares e interdependentes: (1) grupos semanais com usuários nos serviços públicos (saúde, educação e assistência social); (2) seminários pós-grupo, com os profissionais que o conduzem – terapeuta e coterapeuta(s) – para compreensão do fenômeno grupal e observação dos conteúdos pessoais mobilizados; (3) grupo de estudo teórico, com encontros mensais; (4) supervisões semanais dos coordenadores com profissionais mais experientes na condução de grupos; (5) grupo de suporte emocional, realizado de forma semanal para os profissionais do GDH. Os grupos oferecidos a partir dessa proposta podem ser abertos, semiabertos ou fechados, com duração que costuma variar de três a seis meses para as duas últimas modalidades.

Em *Uma teoria sobre o pensar*, Bion sugere que o pensar surgiria para dar conta dos pensamentos. Assim, considera o pensar como “[...] um desenvolvimento imposto à psique pela pressão dos pensamentos e não o contrário” (Bion, 1962/1991, p. 128). Por meio da Função Alfa, o indivíduo desenvolve a capacidade para pensar suas experiências emocionais, enquanto o contrário seria entendido como “evacuação” de elementos beta, ou seja, uma experiência emocional, não pensada, servindo somente para ser eliminada. O pensamento é entendido como toda experiência emocional do sujeito, a partir da qual o indivíduo desenvolve um “aparelho para pensar pensamentos”, que possibilita a conexão com suas experiências emocionais.

O GDH, ao se assentar na psicanálise, torna-se uma oferta terapêutica que toma a escuta do sujeito do inconsciente. Nesse sentido, no lugar de calar a angústia, isto é, silenciar o sintoma, o GDH maneja-a sem tentar extingui-la, operando com o sujeito do inconsciente e provocando, assim, mudanças em sua dinâmica psíquica, bem como procura refletir e entender a relação do sujeito com o meio em que se insere.

Método

Este estudo utilizou o método clínico-qualitativo, o qual se caracteriza pela compreensão dos sentidos e significados de fenômenos acerca dos processos de saúde e doença, observados a partir de *settings* de saúde. De acordo com Turato (2003), o método clínico-qualitativo “se funda sobre três pilares: na milenar atitude clínica de voltar o olhar a quem porta dor, na secular atitude psicanalítica de inclinar a escuta a quem vivencia conflitos emocionais e na clássica atitude existencialista de reflexão sobre as angústias humanas”.

O contexto deste estudo compreende participantes dos grupos de GDH que ocorreram nos Centros de Saúde da Família (CSF) no município de Chapecó, SC, num período aproximado de quatro meses, entre agosto e dezembro de 2019. Os grupos, que nesse caso eram fechados, foram conduzidos por dois (duas) a três coordenadores(as) e ocorrem de forma semanal, com duração de uma hora por encontro. A média de participantes no início foi de vinte pessoas, e a desistência geralmente atingiu um terço desse público (Freitas et al., 2020).

As participantes dos grupos chegaram até os serviços da atenção básica por apresentarem queixas relacionadas com a vivência de sofrimento psíquico, principalmente experiências com o luto, dinâmicas relacionais pertinentes ao seio familiar e outras, representadas, inicialmente, por um diagnóstico de depressão. Essas participantes foram encaminhadas aos grupos de GDH pelos diferentes profissionais da equipe de referência e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) que atuavam no território.

Participaram deste estudo clínico-qualitativo duas participantes de dois CSF, em que os critérios de inclusão foram ter a idade mínima de 18 anos, não ter participado de outro grupo de GDH anteriormente, e ter participado durante todo o período de duração do grupo. As participantes, a quem foram atribuídos os nomes fictícios de Anna e Rita, tinham respectivamente 28 e 60 anos; Anna tinha ensino médio completo e Rita ensino médio incompleto. O estudo maior, ao qual este trabalho se vincula, compreendeu um grupo maior de participantes,

e nele foram utilizados também instrumentos de avaliação psicológica. Optou-se pelo recorte dessas duas participantes no presente estudo, a fim de poder aprofundar as análises empreendidas.

Foram realizadas entrevistas individuais em profundidade com as participantes, de forma a analisar as mudanças psíquicas decorrentes do processo terapêutico proposto pelo GDH. Essa modalidade de entrevista tem características próprias, como a profundidade, seu esquema não rígido ou semiestruturado, e a flexibilidade, por meio das quais “o pesquisador enveredará ações para deixar fluir a narrativa” (Moré, 2015, p. 127).

As questões foram construídas de modo a compreender como as participantes chegaram até o grupo; as motivações para sua permanência; a experiência de falar de si no grupo; sua percepção de mudanças na forma de lidar com os conflitos; e aspectos positivos e negativos do grupo, entre outras. As entrevistas foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo, descrita por Turato (2003), a qual abrange a leitura flutuante, considerando conteúdos manifestos e latentes, a atividade interpretativa e as inferências a partir de um quadro teórico – no caso a psicanálise – e o processo de categorização, que suscitou as seguintes categorias, que orientaram a escrita do presente texto: emergência dos sintomas e inserção no grupo; e mudanças psíquicas observadas.

Foram adotados todos os preceitos éticos previstos pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto, financiado com recursos da FAPESC e do Ministério da Saúde, aprovado por meio de edital de chamada pública FAPESC 16/2020 PPSUS, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob parecer consubstanciado 2.841.053 e CAEE 59798016.4.0000.0116.

Resultados e discussões

O surgimento dos sintomas e o início do processo grupal

Anna chegou ao grupo após fazer uso de medicação e métodos alternativos como florais e auriculoterapia para lidar com a ansiedade e a depressão. Relata que esses eventos a acompanharam durante muito tempo e se intensificaram após o nascimento da filha, quando teve depressão pós-parto. Rita é aposentada, não concluiu o ensino regular e chegou ao grupo devido a inúmeros conflitos familiares persistentes. Tinha histórico de tentativas de suicídio e, por esse motivo, foi encaminhada ao GDH, por indicação da agente comunitária de

saúde. As participantes da pesquisa marcam o papel do sintoma, do corpo que anuncia algo do psíquico, que só passa a ter sentido e ser nomeado por meio da experiência grupal.

[...] eu já estava tomando remédio para ansiedade [...] é porque eu já tive depressão pós-parto e desde então eu nunca me recuperei 100%, sabe, sempre eu tenho algumas recaídas. Aí eu vinha tomando já, isso me desencadeou a enxaqueca também, eu vinha tomando, fazendo tratamento para enxaqueca, e começou crises de ansiedade, crises de pânico. (Anna)

[...] na época eu cheguei bem mal, porque além de problema de saúde que eu tinha [...] estava todo mundo preocupado porque eu não pesava 30kg, eu não comia e não dormia direito. Dava aquelas crises, às vezes eu só chorava, só chorava, e de repente eu não chorava, mas também queria ficar isolada, queria ficar sozinha. (Rita)

A sintomatologia que atinge o corpo deve dar lugar à palavra. Mezan defende que a palavra possibilita, por meios psíquicos, atuar sobre a dinâmica psíquica, deixando de lado intervenções meramente corporais. O mesmo autor acena para a contribuição da psicanálise na promoção do cuidado, quando diz que “o objetivo desta não é eliminar os sintomas, mas modificar em profundidade toda a estrutura psíquica cujo funcionamento origina e mantém aqueles sintomas” (Mezan, 1996, p. 98).

O grupo tem a tarefa de propiciar aos participantes a (re)experimentação de antigas e novas vivências grupais. Para Zimerman, a grupoterapia favorece a possibilidade de reparações verdadeiras, que precisam ser acompanhadas de outros elementos, como o reconhecimento da parcela de responsabilidade e de eventuais culpas pelos acontecimentos passados, que de alguma forma se atualizam no grupo (Zimerman, 2004/2008a).

A proposta terapêutica promovida pelo GDH amplia a interação entre os participantes do grupo. Nessa interação, surgem as identificações grupais, que são entendidas por Rosa (2011) como a integração do integrante como parte de uma mentalidade grupal que forma a estrutura básica do grupo. Essas identificações correspondem ao fator terapêutico da universalidade descrito por Becheli e Santos (2001). Nas falas das participantes, o efeito da identificação grupal se faz presente:

[...] às vezes tu pensando é uma forma e você colocando ele para outras pessoas, tu acabas vendo de outro jeito, que tem uma solução, que não é só aquilo que eu estou pensando, às vezes é pequeno o problema. (Anna)

[...] eu comecei a participar e eu vi outras pessoas também com problemas, uns mais difíceis que o meu, outros menos, e daí um conversava de lá outro dali e eu, pelo menos, acabei vendo que não era só eu que tinha aqueles problemas, que outros tinham até pior. Para mim foi bom, me ajudou bastante [...] mas o que eu falei ajudou muito outras pessoas também, todo mundo comentou [...] me senti bem aliviada, foi bem bom, porque bastante coisa eu não tinha e não tenho para quem falar. (Rita)

Para Rosa (2011, p. 582), “a oportunidade de identificar nos outros nossa própria problemática de vida possibilita o conhecimento de si, a sensação de não estar ‘só no mundo com as próprias dores’ e a chance de modificar algumas posturas e condutas”. No entendimento do mesmo autor, a formação de uma mentalidade grupal, a busca por uma identidade comum, provoca um “caráter caloroso das relações entre os membros, na reciprocidade da fusão de uns com os outros e na proteção que o grupo traz aos seus integrantes” (p. 579). Anna exemplifica o sentimento de acolhimento propiciado pelo grupo:

[...] porque eu vi que só com os medicamentos e eu sozinha, eu não estava dando conta. Às vezes a gente precisa pôr para fora, precisa conversar com alguém, às vezes tem alguém que tem uma experiência parecida e está conseguindo superar de uma outra forma, então eu resolvi, a gente acaba distraindo, saindo daquele pensamento que tu não estás bem, que tu precisas tomar a medicação.

A formação de um aparelho psíquico grupal ocorre com o tempo, sustenta Pryzant (2015). Esse fenômeno é possível por meio da capacidade do grupo de associar livremente, assim como estar aberto às contribuições de seus participantes. Ao mesmo tempo que a identificação grupal permite que o emergente grupal se evidencie, que o processo terapêutico ocorra, é preciso que os participantes do grupo consigam diferenciar-se e individualizar-se (Rosa, 2011).

A experiência do GDH permite que as participantes passem a refletir sobre suas referências anteriores e atribuam novos sentidos a elas, possibilitando

outras formas de compreender e interpretar os eventos da vida, ou seja, o real, o “aprender com a experiência” de Bion (1962/1980). Esse fenômeno é ilustrado pela fala da usuária: “eu acho que agora eu vou saber mais como agir, como fazer, como pensar também, me ajudou bastante a eu entender, a aprender as coisas [...] na minha cabeça na época, depressão era o fim. Eu tinha que morrer, não tinha saída” (Rita).

No grupo, parte dos efeitos terapêuticos se dá pela autorização que ele oferece para que as participantes possam falar, contar de si e de seu sofrimento, compartilhar a vida com os outros, que também se caracterizam como sujeitos em sofrimento:

[...] tu tens que expor, tem que pôr para fora os teus sentimentos
 [...] daí eu vi que é bom a gente falar. Tu vens para casa mais aliviada, tira aquele peso que parece que tu tens, que tu estás carregando
 [...]. Eu vi que a gente não pode se deixar abater, que tu não podes abaixar a cabeça, fingir que está tudo bem e não está. (Anna)

No atendimento clínico individual, essa autorização para se expor sem censura é dada pelo analista (Macedo & Falcão, 2005), enquanto que no grupo, a permissão é dada também pelos demais participantes, devido ao seu caráter interativo (Freitas & Metelski, 2020). A autorização horizontal permite que, à medida que o processo terapêutico avance, o coordenador do grupo renuncie ao papel de suposto saber e faculte aos participantes a ratificação de seu papel ativo no tratamento. Para Winnicott, segundo Padoan et al. (2013, p. 61), “os objetivos são do paciente e o mérito também”. No GDH, esse movimento é possibilitado por meio da horizontalidade também do coordenador do grupo, propiciando que os participantes obtenham seu protagonismo.

Sobre o processo terapêutico, Freud (1926/1987) defendia o sentido ímpar da palavra, propondo que ela poderia transformar a realidade psíquica do sujeito, favorecendo sua reinvenção. A palavra como recurso possibilita efeitos terapêuticos, os quais incidem na forma como os sujeitos pensam e agem, como aponta a usuária:

[...] me senti bem aliviada, foi bem bom, porque bastante coisa eu não tinha e não tenho para quem falar [...] por que passar essas coisas para os filhos? Para eles sofrerem junto? Talvez até para o marido [...] então ficava muita coisa para a gente, então ajudou bastante eu poder falar, o que deu para falar, ajudou bastante. (Rita)

Palma et al. (2011) indicam que no trabalho psíquico é ofertado o recurso da fala, por meio da associação livre e da transferência, promovendo uma abertura do conteúdo inconsciente; a circulação da palavra é um dos recursos necessários ao trabalho com grupos (Almeida & Mehry, 2020). Anna apresenta o efeito da palavra por meio do fragmento abaixo:

[...] às vezes tu não aceita tão bem a medicação, você quer se recuperar, mas você não quer depender dos medicamentos, você quer outra coisa, você quer uma solução que não interfira tanto, que não seja tão, como eu posso dizer, tão agressiva, tu quer uma forma mais tranquila de você conversar, de você talvez expor um pouco dos teus problemas, que às vezes tu pensando é uma forma e você colocando ele, para outras pessoas, tu acaba vendo de outro jeito, que tem uma solução, que não é só aquilo que eu estou pensando, às vezes é pequeno o problema, daí você desabafando, você coloca para fora. (Anna)

“Pôr para fora”, como anuncia Anna, possibilita a nomeação do que não é nomeado, dar sentido e significado, o que demarca o lugar do trabalho psíquico.

Sobre a transferência grupal, Bechelli e Santos (2006, p. 111) afirmam que os participantes do grupo “[...] frequentemente interpretam erroneamente sentimentos, desejos, atos e palavras, para melhor ou para pior, de acordo com o que aprenderam a esperar das pessoas”, havendo nesse aprendizado “uma função estruturante no desenvolvimento da personalidade”. Esse movimento explica alguns desconfortos vividos por Anna durante sua participação no grupo. Em determinado momento, durante sua fala a respeito das dificuldades e da angústia do casal em transferir a filha – que hoje dorme com os pais – para o seu quarto, Anna relata que foi interrogada por outra integrante do grupo. Na ocasião, a usuária compreendeu esse movimento como um julgamento e expôs:

[...] e teve uma pessoa no grupo que me julgou, que não deveria ser assim, que a minha filha tinha que ser na cama dela, no quarto dela, e que eu tenho uma vida com meu esposo e não sei o que, sabe? Mas a pessoa também não me conhece, acho que talvez a forma como ela colocou, fez aquela colocação, não foi adequada, porque eu estava comentando que não estava sendo fácil e eu entendi que ela me julgou [...] (Anna)

Nesse trecho, é possível compreender que Anna reviveu situações anteriores de desconforto que, aqui e agora, são atualizadas no grupo, na figura da integrante. Bechelli e Santos (2006, p. 111) sustentam que “essa conexão mal estabelecida desperta, em algum grau, o mesmo efeito que havia se manifestado naquela conjuntura original”. Para Barros (2015, p. 88), há uma percepção não somente do coordenador do grupo, com aspectos distorcidos da realidade, “mas também uns aos outros”, interpretando “sentimentos, desejos, atos e palavras sob a luz de seu próprio mundo interno”. Na fala de Anna, podemos observar esses fenômenos:

[...] e no início também, a gente fica meio retraída, falo ou não falo? Vão me julgar de repente? Porque como é um grupo, tu ficas meio, meio repreendido de expor [...] nesse dia sim [no dia em que foi interrompida por deixar a filha dormir em seu quarto], eu saí de lá e eu pensei em não ir mais no grupo, tanto que na outra semana eu não fui, porque eu não me sentia bem, parece que estavam me julgando errado, e não é fácil, quando a gente tem [filho]. (Anna)

Quando Anna reconhece suas limitações, colocando em xeque seu *Ideal de Eu*, de não ser a mulher-maravilha que desejou ser outrora, revive no grupo a exposição de suas falhas, da dificuldade de assumir uma posição ao se separar da filha. Na transferência, na experiência de reviver, há, portanto, uma repetição, que é “[...] oriunda de protótipos infantis que são vivenciados, não obstante, com um sentimento de atualidade marcante” (Barros, 2015, p. 85). Desnudar-se perante o grupo traz certo nível de ansiedade e desconforto que quase a impede de dar continuidade ao tratamento.

Conforme estabelece Rosa (2011, p. 583), “a análise, porém, permite que o grupo seja o palco por excelência de representação, recordação e elaboração de conflitos familiares primitivos e constitutivos, na medida em que há ali alguém para servir como tela de projeção para as falas e as fantasias dos sujeitos”. Na fala de Rita, observamos que aquilo que é exposto: “às vezes são coisas que tu gostarías de ter respondido lá atrás [...] vivido, feito, falado, lá atrás e tu acaba falando naquele momento ali [...]”.

As mudanças psíquicas: desenvolvimento da capacidade de pensar

Consideramos que o movimento de transição ocorrido com as participantes do GDH, de uma postura passiva, de queixa e mecanismos primitivos e proje-

tivos, a uma postura ativa, de pertencimento e responsabilização por seus desejos e dores, constitui um efeito terapêutico. Isso remete a dar espaço para esse não saber, questionar as respostas automáticas diante daquilo para o que não se tinha uma solução simples. Esse movimento de ser questionado, de questionar-se e ser impulsionado a pensar sobre si se evidencia nos fragmentos a seguir:

[...] foi bom porque mexeu em coisas que eu já tinha passado, porque lá eles questionam em todos os sentidos e cai bem a pergunta que é para gente e é bom. (Rita)

[...] não entendia às vezes quando as pessoas falavam que tinham essa sensação de pânico ou de sufocamento, dor no peito, e depois que eu fui entender mais. Mas às vezes eu pensava que era porque estava abafado, hoje, sim, eu já entendo que não era [...]. Hoje que a gente entende um pouco melhor o que acontece. (Anna)

Rita, quando foi convidada a participar do grupo, apresentava pensamentos primitivos para lidar com o sofrimento vivenciado. Segundo a participante, além do problema de saúde (um tumor no cérebro) havia problemas familiares, principalmente com sua filha, que a levavam a fazer planos para matar os familiares e se matar, vendo-se “sem saída”, nas palavras da participante. O pensar, em Bion, não é uma função meramente cognitiva, mas da inauguração de um espaço de autoria que acontece desde muito cedo (Fochesatto, 2013). Nesse sentido, as participantes expõem que a participação no grupo permitiu reflexões sobre suas vidas, bem como contribuiu na interpretação de eventos passados:

[...] tu tens que expor, tem que pôr para fora os teus sentimentos. [...] tu vêes que não é um bicho de sete cabeças, às vezes, que é mais tranquilo. [...] a gente consegue se avaliar melhor, se entender, talvez, melhor, foi bom, acho que foi mais fácil de lidar. [...] eu procurei lidar de uma forma diferente, eu tento. (Anna)

[...] porque cada dia eu aprendi uma coisa, que nunca a gente via o mesmo assunto, era sempre diferente. E a cada dia eu tinha aquela curiosidade de ir mais, de ver mais, para eu me entender mais, então isso ajudou bastante [...] surgindo uma nova dificuldade, eu acho que eu ia saber enfrentar com mais, não digo sabedoria, com mais, eu acho que eu ia saber bem mais lidar, diferente de lá atrás, antes,

porque lá qualquer coisa que não dava certo eu queria colocar fogo, queria matar, meu Deus, mas agora não, eu já consigo me controlar, pensar bem antes de falar, antes de fazer. (Rita)

Nesses trechos podemos perceber os efeitos terapêuticos, na medida em que se amplia a capacidade de pensar das participantes, por meio do trabalho psíquico, havendo uma espécie de luto das representações anteriores que as levavam à melancolia e às ideias suicidas e homicidas. Nesse processo, as participantes são capazes de transformar a experiência emocional por meio da função alfa, desenvolvendo elementos alfa, que servem para pensar e suportar frustrações oriundas de suas experiências de vida.

Na fala de Rita também se percebe que onde antes havia *id*, impulso de matar e morrer, agora há *ego* para processar, pensar e transformar os conflitos da vida, partindo da percepção de Bion que defende que a ampliação da capacidade de pensar se dá com a possibilidade de conter conflitos e desejos sem partir para ação/atuação que seria atentar contra a própria vida ou de outrem (Bion, 1962/1980, 1962/1991). Por meio do grupo, do sentido de pertencimento, do espelhamento, se consolida a capacidade de pensar, de transformar a experiência emocional, lembrando que esse movimento é possível devido às transferências cruzadas entre os participantes do grupo (Bechelli & Santos, 2001).

A capacidade de pensar bioniana depende de uma dose de frustração e demarca que o nascer, o crescer e o viver são experiências dolorosas, por essência (Fochesatto, 2013). Ao processo analítico são atribuídas as mesmas características, na medida em que ele nos põe numa posição de consciência de nós mesmos. Para a autora, apesar de doloroso, “o processo de saber sobre nós mesmos nos permite maior flexibilidade diante da vida, no sentido de desfazer nós e angústias que nos paralisam e nos aprisionam” (Fochesatto, 2013, p. 122).

A noção de cura em Bion percorre a representação de um desvelamento do inconsciente em direção à expansão mental, que seria possibilitado, nesse caso, pela dinâmica do campo grupal, de forma a compreender a relação indissociada e continuada existente entre o sujeito e o grupo, seja ele familiar, social, profissional ou cultural (Zimmerman, 2004/2008a). Assim, o grupo permitiu uma ampliação na capacidade de pensar e contribuiu na forma como as participantes expressam seus sentimentos, na percepção sobre si. Como diz Anna: “sobre a percepção de mim mesma, eu acho que a gente consegue se avaliar melhor, se entender talvez melhor, foi bom, acho que foi mais fácil de lidar”. Também contribuiu para a forma como compreendem o papel das outras pessoas em sua vida, como diz Rita: “eu gostei com mais pessoas, eu gostei do grupo, de me entrosar com a turma.

E contribuiu bastante, até de tu entender as pessoas, como eu vou explicar, em todo sentido foi bom, me ajudou em tudo”.

Ao participar do grupo, transformações na forma de compreender as relações e as experiências foram ocorrendo. Uma postura de questionamento sobre si e de responsabilização é possibilitada:

[...] eu já tinha pensado que eu não poderia ser a mulher-maravilha, que eu não tinha que resolver tudo sozinha, mas eu vejo no grupo que isso foi bem importante, ressaltava bastante, que não tem como a gente resolver tudo para todo mundo e que a gente tem que ter um pouco de calma, pensar melhor, ver de uma outra forma o problema, e eu acho que no grupo se ressaltou bastante isso. (Anna)

No fragmento do discurso de Anna se percebe que, com a evidência de que todos no grupo têm problemas, se autoriza, de certa forma, o reconhecimento da condição humana de ser faltoso, falho, permitindo que Anna decline da onipotência, da vergonha de se expor e falar, para poder retirar do corpo, do sintoma, o conflito que se esvazia pela fala e pelo pensar. Para Enéas (2000, p. 80), um “processo terapêutico pode oferecer condições para a mudança psíquica ao influenciar o ego, potencializando o uso de suas funções mais autônomas e propiciando condições para a reformulação de antigas aprendizagens”.

Ainda sobre os efeitos terapêuticos do grupo, um alerta feito por Palma et al. (2011, p. 120) ressalva que “as diferenças externas, unicamente, não devem ser tomadas como indicadores exclusivos, já que nem toda mudança de atitude traduz alteração na dinâmica do inconsciente”. Essa fala põe em suspensão o que se compreende por efeitos terapêuticos e qual a medida de tempo para que eles possam ser evidenciados. Tais ressalvas apontam para um processo que se dará para além do recorte temporal do grupo, havendo uma mudança na dinâmica psíquica das participantes, com maior consciência dos atos, em períodos posteriores à participação nos grupos de GDH.

Sabe-se que o processo terapêutico não é cronológico, tampouco linear, e exige que isso seja mostrado, o que, nas palavras de Palma et al. (2011, p. 120), limitaria qualquer proposta de análise dos efeitos de um tratamento psicanalítico “assentada numa análise de conteúdo/comportamento em si”. No discurso de Anna e Rita, percebemos que há ainda um processo de elaboração, na medida em que as participantes possam lidar com tudo que foi vivenciado no grupo:

[...] sobre as interações sociais, eu ainda estou trabalhando isso, porque como eu falei, antes eu era uma pessoa que ia em tudo, sempre contente, para mim estar no meio de pessoas, para mim, era a minha alegria, eu adorava estar com um monte de gente, com todo mundo, mas hoje eu ainda tenho dificuldade, eu não consigo ficar muito tempo num lugar diferente. (Anna)

Mesmo que se possa dizer que o recorte temporal dessa primeira participação no grupo tenha sido insuficiente para consolidar mudanças psíquicas estruturais na personalidade das participantes, cabe ressaltar, conforme apontam Palma et al. (2011), que, ainda que o tratamento tenha sido breve ou não tenha chegado ao seu fim, outros importantes efeitos terapêuticos poderão surgir posteriormente. Isso se torna evidente no momento em que as participantes declaram que desejam continuar ou que, para elas, esse processo permanece vivo:

[...] tento analisar de formas diferentes. Uma vez eu pensava só aquilo ali e agia [i.e., atuava]; hoje eu tento achar outro caminho, pensar que pode ser diferente, que a gente pode ter mais de uma solução naquele problema, naquela situação, que a gente consegue lidar melhor. [...] hoje em dia quando tem, todo dia tem uma situação diferente, às vezes passa por uma crise financeira, ou com problema com a família ou alguma coisa assim, hoje eu paro mais, para analisar vários caminhos, se eu for por esse caminho vai acontecer assim, assim, assado. (Anna)

É evidente o desejo pela permanência no tratamento em grupo, apesar de apresentar suas limitações – relativas ao tempo e ao constrangimento de expor as intimidades, bem como o receio do julgamento do outro –, assim como os registros de um desenvolvimento egoico e da capacidade de pensar, proposta por Bion, que impõe às participantes uma postura questionadora quanto à sua responsabilidade na desordem de que se queixam, bem como suas implicações e os recursos disponíveis para lidar com suas queixas. Nesse sentido, para Amado (2014), Bion se pautaria na hipótese de que sua análise grupal permitiria, de igual modo, compreender os fenômenos do grupo, aumentar a autonomia dos sujeitos e ajudá-los a curar-se.

Considerações finais

Os dados levantados pela pesquisa indicam o processo de evolução das participantes num determinado período de tempo, que compreende os quatro meses de duração dos grupos. Nesse período, a experiência do processo grupal possibilitou que as participantes apresentassem uma nova resposta aos eventos que provocavam sofrimento, substituindo posturas anteriormente pautadas na repetição das experiências vivenciadas anteriormente e promovendo *insights* sobre os conflitos inconscientes e conscientes causadores do sofrimento psíquico.

Os principais efeitos terapêuticos identificados por meio deste estudo foram: a valorização da fala e da escuta; identificação grupal entre os sujeitos participantes; o protagonismo e o aprimoramento do aparelho do pensar e da capacidade de autoconhecimento das participantes, entre outros efeitos que se darão para além das fronteiras dos grupos. No entanto, o corte transversal do estudo pode impor limites à observação desses efeitos a longo prazo. Nesse sentido, sugerem-se estudos longitudinais e com públicos variados, como homens e pessoas com diferentes queixas iniciais.

O GDH constitui um espaço de partilha, de encontro e de produção de subjetividades, que se reconhece enquanto proposta de práticas e saberes em saúde mental. Nesse cenário, a psicanálise se configura um importante instrumento teórico-metodológico, por oferecer uma base para a formação dos profissionais. O sujeito de que a psicanálise se ocupa é o sujeito do inconsciente, mas também o sujeito social, que, segundo Rosa (2011), é o “sujeito imerso na cultura” com sua singularidade, mas comprometido com seu processo e sua realidade, tornando-o autônomo e independente. Neste estudo, defendemos a atuação em psicanálise para além da clínica enquanto consultório privado. A experiência analisada indica seu potencial no campo das políticas públicas, como a de saúde, possibilitando uma atenção à saúde mental que não se reduza à prescrição de psicotrópicos.

Referências

- Almeida, S. A.; Merhy, E. E. (2020). Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. *Revista Psicologia Política*, 20(47), 65-75. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100006
- Amado, G. (2014). Os processos psíquicos no interior dos grupos de trabalho: Para além de Bion e Pichon-Rivière. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 17(spe), 97-110. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172014000100011

- Barros, L. H. C. (2015). Transferência em psicoterapia de grupo de orientação analítica. *Journal de Psicanálise*, 48(88), 81-94. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352015000100007
- Bechelli, L. P. C.; Santos, M. A. (2001). *Psicoterapia de grupo: Noções básicas*. Legis Summa.
- Bechelli, L. P. C.; Santos, M. A. (2004). Psicoterapia de grupo: Como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(2), 242-249. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200014>
- Bechelli, L. P. C.; Santos, M. A. (2006). Transferência e psicoterapia de grupo. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(1), 110-117. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100015>
- Bion, W. R. (1962/1980). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós.
- Bion, W. R. (1962/1991). *Uma teoria do pensar*. Imago.
- Dantas, M. A. (2009). *Sofrimento psíquico: Modalidades contemporâneas de representação e expressão*. Juruá.
- Dias, V. L. L.; Vivian, A. G. (2011). Bion e uma mudança de paradigma na psicanálise. *Aletheia*, (35-36), 206-210. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200017
- Dunker, C. (2018). Crítica da razão diagnóstica. In: V. Safatle, N. Silva Jr., C. Dunker (Orgs.). *Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico*. Autêntica.
- Enéas, M. L. E. (2000). Fundamentos da mudança psíquica: Recursos para o manejo técnico em psicoterapia breve. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2(1), 75-94. <https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1121>
- Fernandes, W. J. (2003). A importância dos grupos hoje. *Revista da SPAGESP*, 4(4), 83-91. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702003000100012
- Fernandes, W. J. (2017). Grupo terapêutico: Todos no mesmo barco – destino incerto. *Vínculo*, 14(2), 35-40. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902017000200005
- Fochesatto, W. P. F. (2013). Reflexões sobre a ‘teoria do pensar’ de Bion. *Estudos de Psicanálise*, (40), 113-117. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000200015
- Freitas, F. B.; Felipi, E.; Dal Magro, M. L. P. (Orgs.). (2020). *Grupos de desenvolvimento humano: Uma estratégia para trabalho com grupos interativos nas políticas públicas*. Argos.
- Freitas, F. B.; Metelski, F. K. (2020). Grupo interativo: Proposta teórico-metodológica de atendimento em grupo sustentado por um tripé teórico. In: F. B. Freitas, E. Felipi, M. L. P. Dal Magro (Orgs.). *Grupos de desenvolvimento humano: Uma estratégia para trabalho com grupos interativos nas políticas públicas*, p. 57-99. Argos.
- Freud, S. (1921/1976). *Psicologia de grupo e análise do ego*. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Imago.

- Freud, S. (1926/1987). *A questão da análise leiga*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Imago.
- Grinberg, L.; Sor, D. (1973). *Introdução às idéias de Bion*. Imago.
- Hur, D. U.; Mendonça, G. S.; Viana, D. A. (2016). Educação física e formação: O grupo operativo como um dispositivo de avaliação. *Revista da SPAGESP*, 17(2), 96-107. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200008
- Macedo, M. M. K.; Falcão, C. N. B. (2005). A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Psychê*, 9(15), 65-76. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000100006
- Maia, A. M. (2017). O atendimento em grupo operativo no CRAS: Relato de uma experiência. *Vínculo*, 14(1), 1-8. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902017000100007
- Mezan, R. (1996). Psicanálise e psicoterapias. *Estudos Avançados*, 10(27), 95-108. <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/8937>
- Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2004). *HumanizaSUS: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Ministério da Saúde. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf (acessado 31/10/2023)
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2012). *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde. <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/313/1/pnab.pdf> (acessado 31/10/2023)
- Moré, C. L. O. O. (2015). A 'entrevista em profundidade' ou 'semiestruturada', no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. In: *Atas do 4º CIAIQ (Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa)*, vol. 3 (Ciências Sociais), p. 126-131. <https://ludomedia.org/publicacoes/livro-de-atas-ciaiq2015-vol-3-ciencias-sociais/> (acessado 31/10/2023)
- Padoan, C. S.; Gastaub, M. B.; Eizirik, C. L. (2013). Objetivos terapêuticos para psicanálise e psicoterapia psicanalítica: Freud, Klein, Bion, Winnicott, Kohut. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 15(3), 53-70. https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=131
- Palma, C. M. S.; Jardim, L. L.; Oliveira, I. M. (2011). Como abordar os efeitos de um tratamento ofertado em um serviço de psicanálise no âmbito público. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 14(1), 113-127. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982011000100008>
- Pichon-Rivière, E. (1982/2007). *Teoria do vínculo* (7ª ed.). Martins Fontes.
- Pichon-Rivière, E. (2005). *O processo grupal*. Martins Fontes.
- Pryzant, E. (2015). Um presente para a analista: Recortes de uma sessão de psicanálise de grupo. *Jornal de Psicanálise*, 48(88), 153-160. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352015000100013

- Rosa, C. M. (2011). Por uma psicoterapia psicanalítica de grupo. *Polêmica*, 10(4), 575-586. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/2974>
- Santos, M. A.; Scatena, L.; Dias, M. G. R. O.; Pillon, S. C.; Miasso, A. I.; Souza, J.; Petean, E. B. L.; Zanetti, M. L. (2016). Grupo operativo com professores do ensino fundamental: Integrando o pensar, o sentir e o agir. *Revista da SPAGESP*, 17(1), 39-50. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000100005
- Turato, E. R. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Vozes.
- Zanatta, D.; Benetti, S. P. C. (2012). Representação mental e mudança terapêutica: Uma contribuição da perspectiva psicanalítica da teoria das relações objetais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 93-100. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000100012>
- Zimerman, D. (2004/2008a). *Bion da teoria à prática: Uma leitura didática*. Artmed. http://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Bion_Da_Teoria_a_Pratica_Uma_Leitura_Didatica.pdf (acessado 31/10/2023)
- Zimerman, D. (2004/2008b). *Manual de técnica psicanalítica: Uma re-visão*. Artmed. <https://feapsico2012.files.wordpress.com/2015/04/manual-de-tecnica-psicanalitica-uma-revisc3a3o-zimmerman.pdf> (acessado 31/10/2023)

Recebido em 25 de novembro de 2021

Aceito para publicação em 04 de setembro de 2022

SEÇÃO LIVRE

A desautorização do processo perceptivo em mães
de vítimas de abuso sexual infantil

Valores sexuais:

Uma leitura lógica da teoria lacaniana da sexuação

Vieses psicológicos e tomada de decisão:

Opiniões de especialistas versus investidores individuais

À DESAUTORIZAÇÃO DO PROCESSO PERCEPTIVO EM MÃES DE VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

*THE DISAVOWAL OF THE PERCEPTUAL PROCESS
IN MOTHERS OF SEXUALLY ABUSED CHILDREN*

*LA DESAUTORIZACIÓN DEL PROCESO PERCEPTIVO
EN MADRES DE VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL*

Simone Paula Aparecida Rodrigues ⁽¹⁾

Angela Maria Pires Caniato ⁽²⁾

Marcos Leandro Klipan ⁽³⁾

RESUMO

O objeto do presente artigo consiste na compreensão do descrédito/desautorização produzido por algumas mães de filhos vítimas de abuso sexual, à luz da teorização e do método psicanalítico. Para tanto, apresentamos o conceito de desautorização em seus aspectos conceituais, sociais e intrapsíquicos. Em um percurso histórico-conceitual, estudamos o descrédito desde as perspectivas freudiana da *Verleugnung* e ferencziana do desmentido até sua compreensão e tradução atual: a desautorização. Em seguida, são contextualizados os processos coletivos de desautorização por forças repressoras, que submetem os sujeitos a um lugar de coisa abjeta e de marginalidade. Destacamos que, em estado de desautorização, a experiência e a percepção se tornam desautorizadas e/ou invalidadas para evitar uma conclusão traumatizante. Alinhando esse conceito ao descrédito materno diante de revelações de abusos, conclui-se que desautorizar a eficácia de uma percepção para poder então suportá-la é uma possibilidade no contexto deste estudo.

Palavras-chave: psicanálise; abuso sexual infantil; mães; descrédito; desautorização.

⁽¹⁾ Mestranda no programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), PR, Brasil. email: simone32551942@gmail.com

⁽²⁾ Professora doutora do programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), PR, Brasil. *In memoriam*.

⁽³⁾ Professor doutor do programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), PR, Brasil. email: mlklipan@uem.br

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

The purpose of this article consists in understanding the discredit/disavowal produced by some mothers of children victim of sexual abuse, in light of the theorizing and the psychoanalytical method. For such purpose, the concept of disavowal in its conceptual, social and intrapsychic aspects is presented. The concept of discredit is studied within a historical and conceptual framework, from Freudian perspectives on *Verleugnung* and on denial by Ferenczi, up to its understanding and current expression: disavowal. Then, the collective processes of disavowal by repressive forces are contextualized, which subject the victims into a place of abjection and marginality. We highlight that, in a state of disavowal, experience and perception become unauthorized and/or invalidated to avoid a traumatizing conclusion. Aligning this concept with maternal discredit in face of revelation of abuse, it is concluded that deauthorizing the effectiveness of a perception to be able to bear it is a possibility in the context of this study.

Keywords: psychoanalysis; sexual abuse of children; mothers; discredit; disavowal.

RESUMEN

El objeto del presente artículo consiste en la comprensión del descrédito/desautorización producido por algunas madres de hijos víctimas de abuso sexual, a la luz de la teorización y del método psicoanalítico. Para ello, presentamos el concepto de desautorización en sus aspectos conceptuales, sociales e intrapsíquicos. En un recorrido histórico conceptual, estudiamos el descrédito desde las perspectivas freudiana de *Verleugnung* y ferencziana del desmentido hasta su comprensión y traducción actual: la desautorización. Luego, son contextualizados los procesos colectivos de desautorización por fuerzas represoras, que someten a los sujetos a un lugar de cosa abyecta y de marginalidad. Resaltamos que, en estado de desautorización, la experiencia y la percepción se vuelven desautorizadas y/o invalidadas para evitar una conclusión traumatizante. Este concepto, en línea con el descrédito materno ante revelaciones de abusos, conducen a la conclusión que desautorizar la eficacia de una percepción para poder entonces soportarla es una posibilidad en el contexto de este estudio.

Palabras clave: psicoanálisis; abuso sexual infantil; madres; descrédito; desautorización.

Introdução

O presente estudo é parte de uma dissertação de mestrado e tem por objetivo primordial a compreensão da desautorização/descrédito de algumas mães diante dos relatos de abuso sexual trazidos pelos filhos, segundo a teorização psicanalítica. A temática da violência sexual contra crianças e adolescentes vem ganhando destaque, sobretudo a violência sexual que ocorre no interior da família, e as preocupações com a gravidade e complexidade do fenômeno justificam as pesquisas e reflexões nessa seara.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2018), entre 2011 e 2017, as notificações de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes aumentaram 83%, em especial no âmbito das relações domésticas e familiares. Corroborando esses dados, durante levantamento realizado no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS¹) de Londrina, em julho 2018, constatou-se um total de 630 casos de violência física e sexual, dos quais 228 casos são de violência física intrafamiliar; coincidentemente, 228 casos são de violência sexual intrafamiliar e os 174 restantes, de violência sexual extrafamiliar (SMAS, 2018).

Na escuta de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual intrafamiliar, para além do sofrimento psíquico decorrente das violências às quais são submetidas, chamam a atenção a dor e a decepção em face da não proteção por seus familiares, especialmente a mãe. Isso muitas vezes acarreta tentativas malogradas de superação das violências, como situações de risco pessoal, silenciamentos, negações, agressões e autoagressões, (re)produção da violência sexual, envolvimento com a exploração sexual comercial infantojuvenil e outros agravos, que demandam atenção diferenciada das políticas públicas de saúde, educação, assistência social e de justiça.

Nesse enquadre, a questão fundamental da presente pesquisa consiste em saber: como se estabelece o processo de descrédito/desautorização de mães frente ao abuso sexual sofrido pelos filhos? Partindo dessas considerações, o senso comum, a visão de profissionais e até mesmo a literatura têm demonstrado insuficiências e contradições acerca dessa realidade, vez que reduzem a problemática das mães a uma visão naturalista e simplista, ora compreendida como passiva e submissa ao companheiro, ora julgada como perversa e cúmplice desse agressor, o que tem se delineado na prática corrente até os dias atuais. Para França e Matos (2014), essas mães denotam prévias fragilidades emocionais e se acham tão aprisionadas em suas próprias necessidades psíquicas que isso as impede de supor e de garantir as demandas de afeto e cuidado dos filhos.

A tentativa de compreender e de aprofundar essa indagação traz à tona o conceito de desautorização de Luís Claudio Figueiredo (2018). Para o autor, a desautorização do processo perceptivo consiste num mecanismo de defesa a partir do qual o sujeito – neste estudo, as mães de vítimas – desautoriza o reconhecimento de uma percepção traumatizante que venha ferir a sua constituição subjetiva. Ressaltamos tratar-se de um conceito bastante complexo e aberto a muitas pesquisas.

Para Fuks (2010), algumas mulheres, quando submetidas a um relacionamento abusivo e de dominação por seus companheiros, nem sempre reconhecem essa dinâmica. A autora completa que o abuso emocional é subjacente a todas as outras formas de violência e implica uma distorção da realidade subjetiva que afeta as convicções acerca das próprias percepções, de modo que a mulher geralmente passa por longos períodos de dúvidas em relação às suas percepções. A investigação clínica e a atuação no contexto da violência também têm indicado que algumas mães não desconhecem totalmente a ocorrência de abusos sexuais contra os filhos, visto que a própria criança já tentou verbalizar ou sinalizar. Contudo, num nível inconsciente, embora suspeitem de algo, não reconhecem nem acreditam nessas percepções, ou seja, as renegam – as desautorizam.

“Assim, a eficácia de que uma percepção é privada ao ser desautorizada é a sua capacidade de remeter-se e de engendrar outras percepções, ou de levar, em uma dada sequência perceptiva, a certas conclusões ou, ainda, de reativar certas lembranças” (Figueiredo, 2018, p. 65). Nesse processo, a experiência real vivenciada é desautorizada, tornada ineficaz, de maneira que a percepção é então privada da autoridade para gerar outras percepções, decisão ou conclusão, mantendo-se a parte do processo perceptivo em estado de desligamento e desautorização. Em síntese, a lógica da desautorização é a evitação de uma percepção, lembrança ou conclusão traumatizante, tal como a constatação dos abusos sexuais contra os filhos nos casos de violência.

Segundo as séries complementares de Freud (1916-1917/1996) em *Conferências introdutórias sobre Psicanálise*, a combinação de uma série de fatores internos (pulsionais) e externos (vivenciais) resulta numa condição final – neste escopo de pesquisa, o descrédito/desautorização materna em casos de abusos sexuais. Dos fatores externos, destacam-se os processos psicossociais que preparam o campo da desautorização materna – que não se restringe às mães de vítimas – vez que coexiste na sociedade uma atitude coletiva de silêncio e banalização no entorno das violências, a partir de sistemas de crenças e preconceitos que não reconhecem a experiência dos sujeitos, seu sofrimento e sua percepção da realidade (Fuks,

2005). Dos fatores internos, sobressaem os processos intrapsíquicos de defesa, como os de desautorização, sobretudo.

Isso posto, nossas hipóteses acerca do descrédito materno apontam para a constituição psíquica de mães vinculada ao uso de mecanismos arcaicos de defesa, como a desautorização, por exemplo. A desautorização, portanto, é debatida neste artigo tanto em seus aspectos conceituais e sociais como no que tange às mães de vítimas de abuso sexual infantil.

Do descrédito à desautorização: um percurso histórico-conceitual

Diversas terminologias têm sido associadas para conceituar o descrédito materno. Apesar de a palavra negação ser amplamente utilizada no contexto dos abusos, desmentido é um termo bastante disseminado em psicanálise. Há quem prefira a palavra recusa e, nesse sentido, a renegação é empregada como se fosse uma dupla negação, a partir da *Verleugnung*, em alemão. As noções de descrédito e não reconhecimento também são visões propostas. Atualmente, a ideia de *desautorização* têm sido a melhor tradução para descrédito, à luz de Figueiredo (2018).

Em seu trabalho intitulado *Verleugnung: A desautorização do processo perceptivo*, esse autor argumenta que a *Verleugnung* deve ser compreendida enquanto uma desautorização. Nessa perspectiva, por desautorização compreendemos o processo de defesa intrapsíquica, que consiste em tornar desautorizada ou ineficaz uma experiência real vivenciada, de maneira que a percepção é então privada da autoridade para gerar outras percepções, decisão ou conclusão, mantendo-se a parte do processo perceptivo em estado de desligamento e desautorização (Figueiredo, 2018)². Assim, o que é registrado no nível sensorial e perceptivo não é integrado de forma a transformar a relação com o outro e com a Lei.

Nesta revisão, o descrédito é estudado numa perspectiva histórico-conceitual, desde as noções relativas à negação até sua atual tradução por desautorização. Embora a palavra negação seja comumente utilizada para explicar o descrédito no contexto de abuso sexual, do ponto de vista conceitual, esse uso é equivocado. Negação em alemão se traduz por *Verneinung* e, para Laplanche e Pontalis (1982/2001), refere-se à negação de uma realidade interna. Enquanto isso, o verbo *verleugnen*, no pensamento freudiano, significa “renegar, denegar, retratar, desmentir” (p. 293) e designa a recusa da percepção de uma situação que se impõe no mundo externo a partir de uma divisão no ego. Com esse sentido, o substantivo *Verleugnung* foi traduzido por recusa em português

e, tal como o descrédito da mãe, incide sobre a percepção de uma realidade externa insuportável.

Inicialmente, a ideia de renegação em Freud (1923/2011), no texto *A organização genital infantil*, surge vinculada ao mecanismo psicótico, em oposição ao recalque, próprio da neurose. Porém, no texto *Fetichismo*, Freud (1927/1996) define a renegação como um mecanismo perverso, em que o sujeito concebe a coexistência de duas realidades contraditórias: a constatação da ausência do pênis na mulher e a recusa. Logo, uma cisão do ego não resultaria somente em psicose, mas também em perversão.

Nos desenvolvimentos ulteriores de Freud (1938/2018), o mecanismo da recusa e as duas atitudes fetichistas (reconhecer e recusar) são apontadas como uma divisão do ego. Contudo, esse tipo de cisão do ego, entre duas atitudes contrárias – reconhecimento e recusa da realidade externa –, deve ser diferenciado da divisão que se opera no recalque neurótico. À luz da ótica de Freud, Figueiredo (2018) alega que as cisões/clivagens, bem como as repressões ou recalcamientos, são expressões distintas para lidar com o insuportável da vida. Nas clivagens, a divisão no ego é vertical, conservando lado a lado a realidade objetiva e a vivência interna; nos recalcamientos, as barreiras psíquicas são horizontais, sendo as vivências expulsas da consciência e soterradas. Diferentemente das repressões, as cisões/clivagens são formas mais primitivas para enfrentar o traumático, impedindo a instalação do conflito psíquico e suas tensões.

Ao final de sua obra, Freud (1938/2018) reconhece a noção de divisão do ego para além dos quadros de fetichismo e psicoses, demarcando sua presença nas neuroses de um modo geral:

Não se deve crer que o fetichismo represente um caso excepcional no tocante à cisão do Eu. ... *Tais recusas acontecem com muita frequência, não só em fetichistas* [ênfase adicionada], e, sempre que podemos estudá-las, revelam-se meias-medidas, tentativas incompletas de desprender-se da realidade. A cada vez a rejeição é complementada por um reconhecimento, sempre nascem duas atitudes opostas e independentes entre si, que produzem o fato da cisão do Eu. (Freud, 1938/2018, p. 268-269)

Para o autor, as ocorrências relativas a essa divisão do ego são uma característica universal das neuroses na vida mental do sujeito: frente a uma situação peculiar, duas atitudes mutuamente contrárias e independentes se formam. Nas neuroses, uma dessas atitudes cabe ao ego e a contrária, a que é reprimida, é de

domínio do id: um processo intrapsíquico, portanto. Nessa seara, Figueiredo reforça que “O contato com a ‘realidade’ – ao menos no que concerne a certas dimensões da realidade – fica extremamente comprometido, embora esses não sejam necessariamente pacientes perversos ou psicóticos” (2018, p. 62). Assim, a ligação com a realidade é mantida apenas em partes, pois uma outra dimensão é recusada, o que pode ocorrer em todas as estruturas, a saber: psicose, perversão e neurose.

Em outra visão face ao mecanismo da *Verleugnung*, traduzida posteriormente por desmentido, ela passou a ser associada ao campo do trauma, segundo o pressuposto ferenciano. Nesse ponto de vista, o desmentido consiste no segundo momento do trauma (o primeiro seria a vivência violenta em si), o que se traduz por uma resposta inapropriada do meio a um sujeito que tenta relatar uma vivência violenta que sofreu (Osimo & Kupermann, 2017). Para esses autores, há desmentido quando as pessoas próximas de quem sofreu a experiência traumática denotam incompreensão, silêncio ou agem como se nada houvesse ocorrido e a vivência não fosse importante, desautorizando a fala do sujeito que tenta testemunhar o que viveu. Nas palavras de Ferenczi (1931/1992), o pior é realmente o desmentido, “a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ...; é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico” (p. 91). Nessa leitura, uma resultante do desmentido é a perpetuação do trauma, uma vez que o descrédito/não reconhecimento da violência traumática é o que torna o trauma desestruturante.

Para ilustrar o poder traumático do desmentido, Ferenczi (1933/1992) apresenta seu modelo teórico no artigo *Confusão de língua entre os adultos e a criança*, destacando uma perspectiva relacional e social do traumático entre pelo menos três pessoas – o agressor, a vítima e um outro adulto que não reconhece a violência: por esse modelo, a criança dirige-se ao adulto em sua linguagem infantil e perverso-polimorfa, mas recebe desse adulto uma resposta erotizada para a qual não está pronta. É nesse ponto que se estabelece a confusão de línguas: tentando simbolizar a experiência vivida, a criança se reporta ao segundo adulto, que, por sua vez, reage de forma perplexa à criança, desacreditando e desautorizando a experiência e a própria criança enquanto sujeito. Nesse sentido, uma dimensão interpessoal é associada ao conceito da *Verleugnung*:

... indicando que o não reconhecimento por parte do outro da narrativa de sofrimento de um sujeito em condição de vulnerabilidade implica uma ‘desautorização’ da sua experiência (e do seu testemunho) no campo social, sendo esta ‘desautorização’, ela mesma,

primordial na constituição do trauma. Nesse sentido, enquanto o trauma sexual freudiano implicava, em última instância, uma operação intrapsíquica própria ao sujeito – ainda que originada por uma intrusão externa –, o trauma social, formulado por Ferenczi, explicitaria uma fratura na operação de reconhecimento no campo das relações sociais e políticas. (Kupermann, 2015/2016, p. 1)

Ainda no contexto das relações sociais, numa releitura do desmentido ferencziano, Gondar (2012) propõe a noção de não reconhecimento enquanto não validação perceptiva e afetiva do trauma sofrido, o que significa um descrédito da percepção, do sofrimento e da condição de sujeito daquele que vivenciou a violência. Portanto, aqui não só o evento é desmentido, mas o próprio sujeito.

Osmo e Kupermann (2017) reportam que Ferenczi utiliza o conceito da *Verleugnung* de forma diferente de Freud: enquanto, em Freud, o desmentido denota um mecanismo de defesa, sendo, portanto, um mecanismo intrapsíquico, em Ferenczi, a expressão descreve uma situação que se dá entre as pessoas, isto é, o desmentido pertence ao campo das relações e, por isso, não seria um mecanismo interno. Para os autores, “se em Freud a *Verleugnung* diz respeito à recusa perversa da castração, em Ferenczi há uma dimensão relacional, indicando um não reconhecimento pelo outro de uma narrativa de sofrimento de um sujeito” (Osmo & Kupermann, 2017, p. 479-480).

Miranda (2012), nesse sentido, concebe o desmentido em sua operação consciente no âmbito das relações, o que suscita debates teóricos imprescindíveis quanto à consciência da mãe que põe em descrédito os abusos sexuais relatados pelos filhos. Questionando o mecanismo de defesa derivado de uma percepção da realidade externa, a autora propõe o termo descrédito, em virtude de ser mais próximo ao contexto da experiência e denotar uma ação mais consciente e observável.

Contudo, pensando o descrédito não apenas num plano consciente, consideramos que, no interior da “confusão de língua”, a participação de algumas mães, no contexto dos abusos, é de ordem inconsciente e, portanto, intrapsíquica. Para Figueiredo (2018), a desautorização consiste no mecanismo de defesa intrapsíquico, a partir do qual o sujeito desautoriza o reconhecimento de uma percepção traumatizante que venha ferir a sua constituição subjetiva. A percepção não deixa de existir, mas é desautorizada e tornada ineficaz, assim como segregada do restante do psiquismo. Diferentemente do que ocorre na psicose, a realidade externa é preservada para o sujeito que desautoriza o outro mediante uma cisão/clivagem no psiquismo. Em complemento e com base no mecanismo

de defesa da *Verleugnung* apontado por Freud (1927/1996), que consiste numa recusa do sujeito em reconhecer a realidade de uma percepção traumatizante, Figueiredo (2018) ainda expõe que ocorre a desautorização do processo perceptivo em razão de se evitar uma realidade insuportável e, assim, entende a recusa como a desautorização do processo perceptivo.

Alinhando essa perspectiva da desautorização – na qual uma experiência real vivenciada é desautorizada – à percepção dos abusos contra os filhos, concluímos que a desautorização do processo perceptivo nas mães de vítimas ocorre em virtude de ser essa percepção uma constatação insuportável, semelhante a um trauma. À luz dessas considerações e de todos esses significados (negação, renegação/recusa, desmentido, descrédito, não reconhecimento e desautorização) atribuídos à *Verleugnung*, admitimos que a desautorização consiste na concepção que mais se aproxima de nossas percepções, dado que abrange o psiquismo em sua condição cindida, incluindo tanto a percepção da realidade como a desautorização dessa percepção. Diferentemente de apenas recusar uma realidade, a desautorização implica a perda da autoridade de uma percepção sobre determinada realidade. Para além do desmentido, descrédito e não reconhecimento atrelados ao campo das relações interpessoais, e ponderando a relevância do fator interno em uma série complementar, a desautorização expressa um mecanismo intrapsíquico que destitui de autoridade a percepção.

Dos fatores históricos e sociais presentes nos processos de desautorização

... é provável que as *condições socioculturais contemporâneas* [ênfase adicionada]... tendam a produzir modos de funcionamento mental em que a *Verleugnung* tenha uma presença marcante. (Figueiredo, 2018, p. 62)

As considerações a seguir propõem um resgate teórico, enfatizando a relevância dos fatores externos/vivenciais – os aspectos históricos e sociais, a conjuntura sociocultural contemporânea e as repercussões da violência estrutural em sua interligação com atos de desautorização – que integram a série complementar (Freud, 1916-1917/1996) dos motivos que favorecem a desautorização materna do abuso da criança.

A desautorização retira da percepção a “autoridade para ensejar outras percepções e outros processos psíquicos, vale dizer, é mantida isolada do processo perceptivo e das suas conexões naturais com os processos mnêmicos e de simbolização” (Figueiredo, 2018, p. 64). Sob o efeito da desautorização, a percepção não perde significado, mas perde sua importância. Tais percepções indigeríveis e não metabolizadas em estado de quase coisas são segregadas do processo perceptivo no inconsciente invalidado.

Segundo a visão de Labaki (2018), o conceito de desautorização, sugerido por Figueiredo (2018), aplica-se muito bem à compreensão dos processos pelos quais forças repressoras e conservadoras subjagam populações, minorias sociais e grupos a uma posição de marginalidade, de exclusão social ou de coisa abjeta³. Em complemento, e tendo em vista os estudos de Gondar (2012), Lebrun (2008) e Žižek (2017), podemos estender o sentido da desautorização ao campo da cultura, das relações sociais, do direito e, ainda, da macropolítica.

Nessa lógica, Lebrun (2008) argumenta que, para o nosso mundo tornar-se mais suportável, ocorre uma massificação da atitude de recusa, de modo que, frente à pobreza, à injustiça social e à iniquidade, muitas vezes produzimos um tipo de resposta que é própria da *Verleugnung*. Ou seja, nós frequentemente desmentimos ou desautorizamos uma realidade externa insuportável e comportamos-nos como se nada houvesse se passado, tal como o descrédito/desautorização de algumas mães frente ao relato de abuso sexual de seus filhos.

Nessa direção e considerando a fundamentação ferencziana, Gondar (2012, p. 207-208) alega que “longe de reduzir-se a uma história familiar, o desmentido expõe, tanto na criança traumatizada pela hipocrisia dos adultos quanto no sujeito traumatizado pela violência social, uma mesma vivência de aniquilamento”. Segundo a autora, não acolher ou responsabilizar um sujeito traumatizado, não reconhecer sua queixa sobre uma injustiça sofrida ou sua necessidade de reparação, seja no âmbito individual ou coletivo, consiste em um reconhecimento recusado.

Žižek (2017) aponta que nossas atitudes no universo das trocas ideológicas e sistemas totalitários assumem um formato fetichista no sentido da desautorização de uma difícil realidade que se impõe e dão continuidade ao desmentido social. Para Fuks (2005), as formações sociais sustentam discursos e dispositivos defensivos que minimizam a relevância dos fatos de violência, os quais se tornam objeto de uma “complacência recusatória conhecida como banalização” (p. 66). Segundo a autora, diante de um incesto, por exemplo, ocorre muitas vezes uma atitude ou pacto coletivo de silêncio e negação.

Numa perspectiva histórica, consideramos que toda a ação de desapropriação e desqualificação dos sujeitos traduz formas sociais de desautorização: desde a transição da barbárie para a civilização já podemos vislumbrar a presença dos modos de dominação entre homens e mulheres, ou melhor, de homens sobre mulheres. Vimos também, na Idade Média, a mulher num lugar de submissão e sujeição ao homem e a criança, enquanto pequeno adulto, submetida à intimidade e à precariedade de cuidados dos adultos (Ariès, 1978/1986).

Segundo Birman (1999), na Modernidade, tanto as figuras da mulher-mãe como a da mulher-objeto interditaram boa parte da sexualidade feminina, num processo de degradação do feminino, levando a mulher a fazer do seu corpo um símbolo fálico e do seu desejo um aspecto congelado, em estado de recusa. Nesse cenário, a sedução, em sua versão perversa, a cumplicidade do seduzido e a passividade enclausurante reduzem a mulher-mãe a uma condição de aniquilamento e de assujeitamento – ou uma desautorização, na ótica de Figueiredo (2018).

Conforme a teorização ferencziana destacada por Pinheiro (1995), a mulher deixou-se capturar por uma cultura dominada pelo homem numa lógica fálica e patriarcal, como se tivesse sido invadida pela lei estabelecida, tal como o agressor invade o ego da criança. Embora não se reconheça nessa posição, a mulher é, então, capturada pela violência perversa de seu parceiro agressor, sendo, ao mesmo tempo, vítima e reprodutora desse modelo de dominação. Como consequência, sob a forma de desautorizações, não consegue proteger a si própria e nem à prole, considerando o momento histórico e a configuração social dominante.

A partir de 1960, a família tradicional vem sendo gradativamente substituída por novas configurações familiares, nas quais o poder paterno não é tão predominante e as funções parentais são compartilhadas. A mulher é, muitas vezes, a provedora e a referência da família, enquanto o pai a auxilia (ou não) nos cuidados com a prole, o inverso da família patriarcal e tradicional. Entretanto, mesmo nessas novas configurações, algumas mulheres, ainda que sejam as provedoras, caminham submissas e desautorizadas no enlace com o parceiro agressor, tal como na antiga tradição patriarcal, mantendo, portanto, uma postura de desautorização em relação à violência incestuosa anunciada pelos filhos.

No mundo contemporâneo, segundo Figueiredo (2018), é difícil imaginar um sujeito humano que não recorra às cisões, aos desligamentos e às dissociações para se livrar de experiências nocivas e não metabolizáveis. Por esta razão, segundo Lebrun (2008), a conjuntura sociocultural atual tende a

produzir uma forma perversa (*Verleugnung*) de funcionamento mental que tem sido marcante na sociedade. Por esse ângulo, Figueiredo (2018) e também Maireno (2019) reforçam que o *Zeitgeist* contemporâneo aponta para um modo de funcionamento mental individual e social mais favorável à perversidade, à esquizoidia e à sociopatia, decorrentes do predomínio do desmentido ou desautorização (*Verleugnung*).

No atual regime político brasileiro reverberam, enquanto processos de desautorização:

... naturalização de condutas violentas e anuladoras da alteridade; desculpabilização dos agentes de tais condutas; desqualificação das evidências perceptivas que, a priori, seriam plenamente suficientes para responsabilizar/denunciar/incriminar tais agentes; ampliação dessa tendência sociopática ou antissocial para além das esferas individual e privada, alcançando as coletividades. (Maireno, 2019, p. 15)

Nesse cenário, o autor assinala a naturalização, a cronicidade e até mesmo certa harmonização das violências tanto extra como intrafamiliares e domésticas, que são diariamente encaminhadas aos Conselhos Tutelares, CREAS, Varas da Infância e Adolescência e outros serviços de garantia de direitos. Junto a isso, ocorre o aumento das violências em nível macrosocial, constantemente desautorizadas, desqualificadas, renegadas e não reconhecidas pela sociedade, resultando em graves consequências psicossociais, que requerem atenção.

Para Minayo (1994), a violência que se aplica aos sistemas culturais, econômicos e políticos, às estruturas institucionalizadas e organizadas da família, que “influenciam profundamente as práticas de socialização, levando os indivíduos a aceitar ou a infligir sofrimentos ..., de forma ‘naturalizada’” (p. 8), configura violência estrutural, ou seja, uma forma de desautorização. Caniato (2017) deduz que a violência estrutural reflete uma forma perversa de violação de direitos pelo Estado, sendo, pois, anterior à violência intrafamiliar que, muitas vezes, dá entrada nos serviços de acompanhamento familiar. Para a autora, essas formas perversas de sedução advindas das relações de dominação veiculadas pela ideologia da indústria cultural, a serviço do poder econômico, engendram sujeitos fragilizados que, assim, sucumbem na apatia e no conformismo da violência social internalizada sob a forma de desautorizações.

Considerando a naturalização das violências, tanto na sociedade como na tríade familiar, torna-se pertinente destacar a pesquisa de Mandelbaum (2012)

sobre incestualidade familiar, que consiste num clima de sedução e trocas erotizadas entre membros de diferentes gerações, sem que haja, necessariamente, indícios de incesto consumado. Esse estado de coisas pressupõe uma desautorização das diferenças no interior da família, tal como alguns modos de existência típicos da contemporaneidade. Em acordo com essa visão, Birman (2008) resalta que o aumento da violência sexual contra crianças e adolescentes, perpetrada inclusive pelos pais, é um problema pós-moderno, de modo que a criança se tornou objeto de gozo imediato dos adultos⁴, visto o apagamento/desautorização das diferenças geracionais. Assim, para Birman (2008) e Mandelbaum (2012), a sociedade contemporânea é incestuosa, sobretudo no sentido de um apagamento das diferenciações, incluindo-se aí a erotização precoce de crianças e a infantilização de adultos.

Por fim, sobre a desautorização materna do incesto da criança, sublinhamos que tal transgressão fere tão intensamente o laço civilizatório social que se torna difícil para o adulto acreditar nela. São diversos os aspectos de ordem social que favorecem o descrédito, como o medo de não conseguir sobreviver financeiramente, o medo da denúncia, do rompimento familiar e de repercussões sociais presentes na mãe vinculada ao homem em um enlace abusivo ou perverso. Ainda, a ausência de modelos de proteção na família e a possibilidade de a mãe ter sido também vítima de violência na infância reduzem ainda mais as possibilidades de percepção da realidade e reforçam atos de desautorização, numa série de fatores que se complementam. Dessa feita, concluímos que muitos adultos não acreditam na palavra e nas percepções da criança, fazendo prevalecer, em nossa sociedade adultocêntrica, o descrédito e a desconsideração pela criança, além da desautorização da complexa e traumatizante situação de violência relatada.

Sobre a desautorização e as mães de vítimas de abuso sexual infantil

De um lado, são capazes de registrar e armazenar aspectos importantes da realidade externa e interna em que evoluem; da mesma forma, conseguem comunicar com clareza o que puderem captar nos outros e em si mesmos ao longo de diversas situações de vida em que se viram envolvidos, em especial nas situações mais complexas, difíceis e dolorosas. De outro lado, tendem a não tirar consequên-

cias desses elementos e a não ser capazes de ligá-los uns aos outros para uma visão mais ou menos integrada e conclusiva da realidade própria e alheia. (Figueiredo, 2018, p. 61)

Neste artigo ressaltamos os impactos da *Verleugnung* na organização psíquica da mãe que desautoriza a vivência e, conseqüentemente, a alteridade dos filhos, enquanto fator interno relevante na série complementar (Freud 1916-1917/1996) para pensarmos a desautorização materna. Figueiredo (2018), assim, destaca do modelo freudiano, que: “Normalmente, o mundo externo governa o ego por duas maneiras: em primeiro lugar, através de percepções atuais e presentes, sempre renováveis” (Freud, 1924/1996, p. 89). Nessa seqüência, Figueiredo (2018) define, portanto, uma percepção atual por sua capacidade de renovar-se, transitar e dar lugar a outras.

Por desautorização, esse autor enfatiza um caráter relevante que se refere ao rompimento da natureza transitória da percepção. Nessa ótica, a desautorização não afeta a percepção propriamente dita, mas sua possibilidade de transitar em direção a outras, de modo a preservar alguma continuidade: “O que é contestado na *Verleugnung* é a autoridade que uma percepção detém de propiciar e mesmo exigir outros passos na cadeia psíquica” (Figueiredo, 2018, p. 65). Em outros termos, a desautorização de uma percepção interdita os elos transitivos que conduziriam a uma constatação, bem como as conseqüências dessa constatação – como a constatação dos abusos pelas mães de vítimas. Logo, a não eficácia transitiva de um dos elos obstrui um processo perceptivo.

A percepção sob o impacto da desautorização não perde seu significado, mas, sim, a importância. Assim, a percepção não é recusada completamente e nem exatamente desmentida. Ocorre que a percepção sobre a qual incide a *Verleugnung* não detém autoridade para predispor outras percepções. A percepção em si não é desautorizada, mas o que vem ou viria após ela: outra percepção, a chance de uma simbolização, uma dedução lógica ou a reativação de uma lembrança. Não é o significado da percepção que é desautorizado, mas a significância, a importância, o que se poderia inferir dessa percepção. Logo, para as mães de vítimas de abuso sexual, não se trata de negar o que é visto e seu próprio sentido, mas impedir o que o psiquismo possa inferir daquilo que foi visto. Nessa visão, a percepção permanece, diz Figueiredo (2018), e o esforço da defesa é no sentido de limitar ou invalidar a autoridade da percepção. A percepção, então, é privada de autoridade para gerar outras percepções e outros processos psíquicos, mantendo-se à parte do processo perceptivo e da simbolização, bem como de suas relações com os processos

mnêmicos. É uma percepção que não pode ser simbolizada, um saber que não se integra ao restante do psiquismo.

Para auxiliar nossa compreensão desse processo, Figueiredo (2018, p. 62) recorre à admirável expressão “eu sei, mas mesmo assim...” de Octave Mannoni (1991), esclarecendo que o significado da percepção não é desmentido, mas conservado. Nessa formulação de Mannoni, o “eu sei” diz respeito à percepção desconfortante e desautorizada da mãe frente aos abusos contra os filhos, e o “mesmo assim” revela-nos a posição subjetiva materna, que não pôde ser alterada, frente a essa realidade sabida, percebida, mas, mesmo assim e ao mesmo tempo, desautorizada, destacando a presença do mecanismo de defesa da *Verleugnung* na atitude da mãe.

Quando aquilo que possui significado (a mãe, muitas vezes, mesmo de posse da percepção, não a válida) é destituído de valor e isolado do conjunto de associações, a fim de ser conservado num estado de quase coisas, esses itens formam apenas uma série de lembranças vívidas e completamente inúteis, que não se integram no fluxo de associações psíquicas, por terem malgrado em sua competência de simbolização, segundo Figueiredo (2018). Portanto, não há uma total obstrução do processo de simbolização, mas a perda de importância implica um estado de quase coisas que, segundo o autor, mantêm-se endurecidas, dissociadas e segregadas verticalmente do restante da psique, em estado de desautorização. As percepções em estado de quase coisas não transitam e não geram reações, tornando-se invalidadas, assim como nas mães que desautorizam os relatos de abusos dos filhos vítimas.

Tais percepções são “afetos não suportados, e por isso insuportáveis, os que podem produzir efeitos traumatizantes, desintegradores e mortíferos. Formam-se dessa maneira os elementos dissociados (dejetos) que compõem o ... ‘inconsciente invalidado’” (Figueiredo, 2018, p. 27). Essa noção de inconsciente invalidado preconiza a presença de estados afetivos não assimilados pela subjetividade, em que seus componentes não são integrados numa extensão de sentido, conservando-se a parte da dinâmica psíquica normal ou neurótica que se constitui a partir dos estados de conflito. O inconsciente invalidado, assim, compreende aquelas vivências afetivas muito intensas que não foram legitimadas ou autorizadas no contexto social⁵.

Figueiredo (2018) ressalta ainda que a percepção desautorizada detém um potencial traumático enorme e, ao mesmo tempo, tem abolida sua significância ou eficácia transitiva. Essencialmente, o que justifica a desautorização é a evitação de uma percepção, de uma lembrança ou de uma conclusão traumatizante. Então, as quase coisas em estado de desautorização retornam incompreensíveis e

fora de controle, gerando uma opacidade de informações que, desligadas umas das outras, produzem uma espécie de confusão que os pacientes relatam sentir continuamente. Como as quase coisas não se integram para uma conclusão, ocorre uma experiência traumática e de difícil elaboração. Embora as mães relatem experiências de violência, algumas não puderam integrar esses afetos não aptos à simbolização em estado de semicoisas, de forma a dar sentido às experiências e relatos de abusos dos filhos vítimas.

Ainda que esses elementos sejam preservados, condensados e regressem aos pensamentos com insistência avassaladora, eles são desprovidos de certa competência. Tal é a posição subjetiva que Figueiredo (2018, p. 62) descreve, fundamentado em Mannoni (1991): “eu sei, mas mesmo assim”. Mesmo que saibam, esse parece ser um saber invalidado e sem utilidade, que torna esses sujeitos desconfiados e sem esperança e, ao mesmo tempo, ingênuos e sem experiência. Tal inexperiência e ingenuidade torna-os constantemente vulneráveis a novas situações traumáticas. Segundo Figueiredo (2018), na posição subjetiva que caracteriza um sujeito que desautoriza o outro, por um lado, a inteligência e a capacidade de ligar e discriminar são preservadas e operam com eficiência; por outro lado, não são capazes de montar relatos dotados de passado, presente e futuro que deem sentido à vida e ao seu sofrimento. Por fim, não permitem que os elementos percebidos resultem em tomadas de decisões e de posição – como a denúncia do abuso pela mãe.

Para o autor, nesses casos, o contato com a realidade é seriamente comprometido, apesar de não serem pacientes perversos ou psicóticos. Esse contato prejudicado com a realidade é representado pela concretude de uma imagem fixada da realidade, que pode ser uma patologia da realidade. Nesses casos concretos operam os processos de clivagem, e os sujeitos são fixados ao que se apresenta como real, e por isso são considerados pacientes difíceis ou concretos. Eles não suportam a dúvida e a diferença, sendo completamente aderidos ao que se mostra como real, o que consiste numa defesa contra o reconhecimento da alteridade. Do outro lado da cena de violência, tal como esses pacientes concretos, algumas mães de vítimas também dinamizam mecanismos psíquicos de defesa, de modo que apenas acreditam nos relatos dos filhos ao flagrarem o abuso sexual da criança pelo companheiro. O apego à realidade concreta desautoriza e impede a transitividade das percepções nesses casos.

Portanto, as cisões/clivagens e a *Verleugnung* correspondem a uma defesa mobilizada pelos simultâneos reconhecimento e recusa da diferença e do traumático. Ou seja, uma defesa contra os processos de diferenciação que caracterizam a natureza em geral e a própria natureza subjetiva, segundo Figueiredo (2018).

Disso decorre que certa patologia da realidade é inerente à vida psíquica, sendo a defesa contra a diferença e contra o trauma uma condição anterior da vida mental. Ao mesmo tempo que garantem a sobrevivência, reduzem os sujeitos a formas repetitivas que obstruem os caminhos da vida⁶. Logo, “a *desautorização* é justamente o que interrompe os processos transitivos e as diferenciações em curso” (Figueiredo, 2018, p. 77, grifo do autor), ocorrendo em toda e qualquer constituição psíquica: neurose, psicose e perversão. Nesse sentido, o modelo da desautorização nos permite considerar a mãe independentemente de sua configuração psíquica.

Por outro lado, destacamos, de uma passagem de Figueiredo (2018), a incapacidade ou a má-fé por parte dos adultos em reconhecer e acolher o fato da violência, que é então desautorizado. Apesar de já termos debatido sobre a incapacidade e a fragilidade da mãe sob a luz da desautorização – tendo em vista o recorte deste estudo –, torna-se relevante também pensarmos a perversão materna⁷ enquanto uma possibilidade. Desta feita, reforçamos a noção de que manifestações perversas se acham relacionadas a qualquer constituição subjetiva (Figueiredo, 2018; Freud, 1938/2018), o que nos permite pensar a *Verleugnung* sem a preocupação em delimitá-la como estrutura ou não, uma vez que a perversão consiste numa dupla posição de reconhecimento e recusa de uma percepção traumatizante. Por essa razão, não devemos atribuir às mães de vítimas – não em todos os casos – a estrutura perversa ou mesmo a perversidade num sentido moral, mas sim a emergência dessas manifestações perversas, na dinâmica psíquica da mãe, muitas vezes em decorrência de sua captura em um enlace perverso ao companheiro, o que nos parece muito frequente. Nesses enlaces subjetivos marcados pela objetualização e aniquilamento do sujeito, algumas mulheres se ligam às relações transgressoras, anulando-se enquanto sujeitos; dessubjetivando-se, portanto.

Em face dessas considerações e no interior das séries complementares, há que se ponderar as duas possibilidades: tanto a da perversão enquanto tal como a de um funcionamento ou manifestações perversas na mãe, conforme temos abordado até aqui. Portanto, pensamos que as mães de crianças vítimas de abusos sexuais na família podem lançar mão desse mecanismo de defesa psíquica, a desautorização, comumente presente nos quadros de perversões, a fim de suportar uma realidade traumática, que lhe é também perversa, a da violência sexual. Posto isso, desautorizar a significância ou a transitividade de uma percepção para poder então suportá-la é uma possibilidade que temos vislumbrado ao longo deste estudo.

Considerações finais

Resgatando a visão das séries complementares de Freud como estratégia de compreender a desautorização de mães frente aos relatos de abusos sexuais dos filhos, constatamos que as formas sociais de desautorizações enquanto fator externo numa série, junto aos processos de desautorização no psiquismo de mães, como o fator interno nessa mesma série, facilitam a desautorização da criança vítima. A fim de se evitar uma constatação traumática e suas repercussões, para algumas mães de vítimas, as próprias percepções acerca dos abusos sexuais vivenciados e sinalizados pelos filhos se tornam desautorizadas e relegadas ao estatuto das semicoisas. Isso posto, são também desautorizadas/invalidadas as percepções maternas relativas à validação da palavra da criança, ao reconhecimento da alteridade e da proteção dos filhos.

Segundo Labaki (2018, p. 5), “o antídoto para a desautorização é o reconhecimento”. Na medida em que essas mães de vítimas têm suas percepções autorizadas e sua alteridade validada, torna-se possível a elas também reconhecerem sua criança vítima. Nossa atuação, portanto, deve ir ao encontro do reconhecimento do sujeito em sua singularidade, considerando as dimensões intrapsíquicas e sociais dos processos de desautorização. À luz dessas considerações, concluímos ser imprescindível a atuação da psicologia contra esses sofridos processos de desautorização, que aniquilam e desconstituem os sujeitos de sua condição de alteridade. Para tanto, é fundamental conhecer e, assim, poder atuar sobre tais processos de forma a reverter essas posições desautorizadas a partir de seu oposto; ou seja, é mediante o reconhecimento que um sujeito pode ter suas percepções validadas, ter a coragem para se deparar e permitir a continuidade das diferenciações, bem como a validação do outro e da experiência alheia.

Nessa perspectiva, encerramos este nosso escrito enfatizando a grandeza do reconhecimento na luta *contra as percepções desautorizadas de mulheres-mães de vítimas de abuso sexual infantil*. Por fim, destacamos a relevância de pensar as formas de atuação profissionais face aos processos de desautorização dos sujeitos enquanto futuros desenvolvimentos de pesquisas.

Referências

- Ariès, P. (1978/1986). *História social da criança e da família* (2ª ed.). Guanabara.
- Birman, J. (1999). *Cartografias do feminino*. Ed. 34.

- Birman, J. (2008). Perversidade masculina (Entrevistador: Rinaldo Gama). *O Estado de São Paulo*, 22/11/2008. <https://alias.estadao.com.br/noticias/geral,perversidade-masculina,281967>
- Caniato, A. M. P. (2017). *Violências, indústria cultural e subjetividades: Os impactos nas identidades individuais*. Alfepsi. <https://www.alfepsi.org/libro-violencias-industria-cultural-e-subjetividade-os-impactos-nas-identidades-individuais/> (acessado 01/11/2023)
- Ferenczi, S. (1931/1992). Análise de crianças com adultos. In: *Obras Completas – Psicanálise*, vol. 4, p. 79-95. Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1933/1992). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: *Obras Completas – Psicanálise*, vol. 4, p. 111-121. Martins Fontes.
- Figueiredo, L. C. (2018). *Psicanálise: Elementos para a clínica contemporânea* (2ª ed.). Escuta.
- França, C. P.; Matos, D. P. (2014). O nonsense de algumas mães: Ressonâncias das ansiedades arcaicas. In: C. P. França (Org.). *Tramas da perversão: A violência sexual intrafamiliar*, p. 179-190. Escuta.
- Freud, S. (1916-1917/1996). Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. 16, p. 66-78. Imago.
- Freud, S. (1923/2011). A organização genital infantil. In: *Obras completas* (trad. P. C. Souza), vol. 16, p. 168-175. Companhia das Letras.
- Freud, S. (1924/1996). Neurose e psicose. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. 19, p. 87-91. Imago.
- Freud, S. (1927/1996). Fetichismo. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. 21, p. 38-92. Imago.
- Freud, S. (1938/2018). Compêndio de psicanálise: O aparelho psíquico e o mundo externo. In: *Obras completas* (trad. P. C. Souza), vol. 19, p. 256-269. Companhia das Letras.
- Fuks, L. B. (2005). Consequências do abuso sexual infantil. In: C. P. França (Org.). *Perversão: Variações clínicas em torno de uma nota só*, p. 49-73. Casa do Psicólogo.
- Fuks, L. B. (2010). Abuso sexual de crianças na família: Reflexões psicanalíticas. In: C. P. França (Org.). *Perversão: As engrenagens da violência sexual infantojuvenil*, p. 137-149. Imago.
- Gondar, J. (2012). Ferenczi como pensador político. *Cadernos de psicanálise (Rio de Janeiro)*, 34(27), 193-210. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952012000200011
- Kupermann, D. (2015/2016). A ‘desautorização’ em Ferenczi: Do trauma sexual ao trauma social. *Formação Freudiana*. <https://www.freudiana.com.br/novidades/desautorizacao-em-ferenczi-trauma-sexual-ao-trauma-social-por-daniel-kupermann-2.html> (acessado 01/11/2023)

- Labaki, M. E. P. (2018). Contra a desautorização, o reconhecimento (Apresentado na mesa 'Neo-sexualidades, história, reconhecimento', organizada pelo Departamento de Psicossomática Psicanalítica no evento *Diversidade sexual e cidadania*, do Instituto Sedes Sapientiae, em 07/04/2018. https://www.sedes.org.br/Departamentos/psicossomatica_psicanalitica/contr_a_desautorizacao_o_reconhecimento.pdf (accessado 01/11/2023)
- Laplanche, J.; Pontalis, J.-B. L. (1982/2001). *Vocabulário da psicanálise* (4ª ed.). Martins Fontes. <https://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Laplanche-e-Pontalis-Vocabulario-de-Psicanalise.pdf> (accessado 01/11/2023)
- Lebrun, J.-P. (2008). *A perversão comum: Viver juntos sem outro* (trad. P. Abreu). Campo Matêmico.
- Lima, L. L. (2019). *Sedução, perversão e perversidade nos cuidados maternos* (dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. <https://doceru.com/doc/8ne510v> (accessado 01/11/2023)
- Maireno, D. P. (2019). *Sociopatocracia e sua relação com a Verleugnung: Intuições preliminares* (Resumo apresentado em evento, 27-28/11/2019). Quarta Jornada de Práticas Clínicas em Psicologia. Londrina, PR. <http://www.uel.br/clinicapsicologica/pages/arquivos/Anais%20IV%20Jornada%20de%20Praticas%20Clinicas.pdf> (accessado 01/11/2023)
- Mandelbaum, B. (2012). Famílias incestuais. *Psicologia Clínica*, 24(11), 55-66. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652012000200005
- Mannoni, O. (1991). Eu sei, mas mesmo assim... In: C. S. Katz (Org.), M. Safouan, O. Mannoni, P. Aulagnier, S. Leclaire. *Psicose: Uma leitura psicanalítica* (2ª ed.), p. 183-212. Escuta.
- Minayo, M. C. S. (1994). Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl.1), S7-S18. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (2018). Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. *Boletim epidemiológico*, vol. 49, nº 27. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/2018-024.pdf> (accessado 01/11/2023)
- Miranda, H. F. (2012). Confusão das línguas: Eficiência e deficiências da tradução. In: J. Verztman, R. Herzog, T. Pinheiro, F. Ferreira (Orgs.). *Sofrimentos narcísicos*, p. 39-48. Companhia de Freud.
- Osmo, A.; Kupermann, D. (2017). Trauma e testemunho: Uma leitura de Maryan S. Maryan inspirada em Sándor Ferenczi. *Psicologia Clínica*, 29(3), 471-493. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652017000300007
- Pinheiro, T. (1995). *Ferenczi: Do grito à palavra*. Zahar.
- SMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social de Londrina (2018). *Listagem de casos ligados no serviço (Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS)*.

- SNAS – Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2011). *Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS*. <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf> (acessado 01/11/2023)
- Stolorow, R. (2000). Psicanálise relacional (entrevista). *Percurso*, (24), 97-102. https://revistapercurso.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=692
- Žižek, S. (2017). Irma ou o fim da natureza. *Instituto Humanitas Unisinos*, 20/09/2017. <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/186-noticias-2017/571862-irma-ou-o-fim-da-natureza/> (acessado 01/11/2023)

Notas

- ¹ O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública da Assistência Social que atende pessoas que vivenciam situações de violações de direitos ou de violências (SNAS, 2011).
- ² Cabe destacar que a noção de desautorização de Figueiredo (2018), nesse sentido de cisões, desligamentos e dissociações, se aproxima também do conceito de forclusão (*Verwerfung*).
- ³ Diversos movimentos totalitários exterminaram sujeitos (comunistas, homossexuais, judeus, ciganos, deficientes físicos e mentais, entre outros) pelo mundo. No Brasil, o regime agrário escravocrata também refletiu formas sociais de desautorização dos sujeitos e posições de exclusão no laço social.
- ⁴ O sofrimento nesses casos é ainda maior, visto o apagamento das diferenças geracionais e a desconsideração da alteridade da vítima, bem como de seu lugar na família. Acrescenta-se a isso o sentimento de culpa oriundo da sua participação na dinâmica incestuosa, além do sofrimento de não ser acreditada por seus familiares, geralmente a mãe, sobretudo, quando ela se sente ambivalente e, assim, desautoriza a experiência da criança.
- ⁵ Na metáfora de Stolorow (2000), diferentemente dos afetos recalçados que, num plano mais dinâmico e horizontal, estariam no porão da casa, os afetos não aptos à simbolização – em estado de semicoisas, para Figueiredo (2018) – seriam semelhantes à matéria-prima como blocos, cimentos e areia que, não sendo aproveitada na construção da casa, encontra-se espalhada em seu entorno, tal como na divisão vertical proporcionada pela clivagem, lado a lado. Origina-se, então, no psiquismo, um tipo de compartimento quase coisificado, incluindo elementos desintegrados e potencialmente traumáticos pela incapacidade de se ligarem a um domínio de significância ou importância.
- ⁶ A recusa da diferença opera tanto nas intensas angústias de separação nos sujeitos que não aguentam a distância, como nas profundas angústias de engolfamento daqueles que não

suportam a proximidade da presença invasiva e excessiva do outro. São angústias típicas dos adoecimentos esquizoides, narcisistas e *borderline* (Figueiredo, 2018).

- ⁷ Considerando que o tema da perversidade materna, embora relevante, ultrapassa o escopo de pesquisa deste artigo, indicamos a dissertação de mestrado intitulada *Sedução, perversão e perversidade nos cuidados maternos*, de Lima (2019).

Recebido em 23 de fevereiro de 2022

Aceito para publicação em 01 de dezembro de 2022

VALORES SEXUAIS: UMA LEITURA LÓGICA DA TEORIA LACANIANA DA SEXUAÇÃO

*SEXUAL VALUES: A LOGICAL READING OF
THE LACANIAN THEORY OF SEXUATION*

*VALORES SEXUALES: UNA LECTURA LÓGICA DE
LA TEORÍA LACANIANA DE LA SEXUACIÓN*

Leonardo Fernandes Pimentel ⁽¹⁾

RESUMO

A obra de Freud está repleta de questionamentos quanto às definições do que é “ser homem” e do que é “ser mulher”, diferenciando os aspectos identificatórios das possibilidades de orientação sexual e do próprio caráter morfológico do corpo, além de elaborar sobre as raízes inconscientes das diversas formas de expressão e vivência sexuais. O estudo de Freud, contudo, encontra seu obstáculo derradeiro no rochedo da castração, lastreado pelo seu conceito de falo, ainda que ambíguo. Seria então na década de 1970 que Jacques Lacan proporia o que considerou as únicas definições possíveis para esses termos tão enigmáticos e controvertidos. Segundo o autor, “homem” e “mulher” não são meras entidades biológicas, nem se resumem a puras identificações dadas pelo corpo social; mas devem, sobretudo, ser compreendidas como “posições sexuadas”, que nada mais são do que posicionamentos em relação ao discurso e àquilo que o organiza, o falo em uma nova concepção. Longe de qualquer enfoque ontológico ou morfológico, a teoria lacaniana da sexuação os define por meio de letras matemáticas, remontando à escrita lógica e à teoria dos valores veritativos.

Palavras-chave: psicanálise; sexuação; verdade; lógica.

⁽¹⁾ Doutor em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Membro do Fórum do Campo Lacaniano do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. email: leonardoptl@gmail.com

Este trabalho é decorrente de uma atividade financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

ABSTRACT

Freud's work is filled with questions about the definitions of what it is to "be a man" and what it is to "be a woman", differentiating the identifying aspects, the possibilities of sexual orientation and the morphological character of the body itself, in addition to elaborating on the unconscious roots of the different forms of sexual expression and experience. Freud's study, however, finds its final obstacle in the rock of castration, backed by his concept of the phallus, albeit an ambiguous one. It was then in the 1970s that Jacques Lacan would propose what he considered to be the only possible definitions for these enigmatic and controversial terms. According to the author, "man" and "woman" are not mere biological entities, nor are they limited to pure identifications given by the social body; but they must, above all, be understood as "sexuated positions", which are nothing more than positions in relation to discourse and what organizes it, the phallus in a new conception. Far from any ontological or morphological approach, the Lacanian theory of sexuation defines them through mathematical letters, going back to logical writing and the theory of truth values.

Keywords: psychoanalysis; sexuation; truth; logic.

RESUMEN

La obra de Freud está llena de cuestionamientos sobre las definiciones de lo que es "ser hombre" y lo que es "ser mujer", diferenciando los aspectos identificativos de las posibilidades de orientación sexual y el carácter morfológico del propio cuerpo, en además de profundizar en las raíces inconscientes de las diferentes formas de expresión y experiencia sexual. El estudio de Freud, sin embargo, encuentra su último obstáculo en la roca de la castración, respaldado por su concepto de falo, aunque ambiguo. Sería entonces en la década de 1970 cuando Jacques Lacan propondría las que consideraba las únicas definiciones posibles para estos enigmáticos y controvertidos términos. Según el autor, "hombre" y "mujer" no son meras entidades biológicas, ni se limitan a puras identificaciones dadas por el cuerpo social; pero, sobre todo, deben entenderse como "posiciones sexuadas", que no son más que posiciones en relación con el discurso y lo que lo organiza, el falo en una nueva concepción. Lejos de cualquier enfoque ontológico o morfológico, la teoría lacaniana de la sexuación las define a través de letras matemáticas, remontándose a la escritura lógica y la teoría de los valores de verdad.

Palabras clave: psicoanálisis; sexuación; verdad; lógica.

Introdução

Atualmente, nossa cultura está bastante atravessada por questionamentos a respeito de gêneros e da distinção entre o que seria “ser homem” e “ser mulher”. Estes questionamentos se manifestam de variadas formas: na mídia, avolumam-se as notícias sobre jovens transexuais, sobre incidentes de LGBTfobia e sobre a importância da representatividade nas produções culturais; na política, o debate acerca da educação sexual nas escolas tomou um lugar proeminente nas últimas eleições. Mas, nos divãs, isso não é nenhuma novidade. A obra freudiana traz um testemunho de como a relação do sujeito com o sexo sempre foi controversa, o que fica demonstrado tanto pela função do sintoma enquanto substituto para a satisfação sexual, quanto pela questão da escolha de objeto e pela regulação edípica da identificação sexual (Freud, 1920/2011).

Para investigar esse assunto sob o viés psicanalítico, deixaremos de lado o conceito de *gênero*, que poderia ser considerado como antropológico ou mesmo político, em prol daquele de *sexuação*, ou mesmo de *posição sexuada*, termo para o qual Lacan (1972-1973/1985) transporta a problemática dos sexos. E ele assim o faz pela escrita enigmática de famosas fórmulas quânticas da sexuação (Figura 1), um quadro que representaria as posições sexuadas: homem e mulher. Nessas fórmulas, embora seja claro o recurso à matemática e à filosofia, o sentido de seus desenvolvimentos não é evidente. Afinal, como algo de ordem eminentemente subjetiva, como o pertencimento a um sexo, poderia se articular mediante pequenos símbolos lógicos ou até mesmo por reduções conceituais matemáticas?

Figura 1 — As fórmulas quânticas da sexuação

HOMEM	MULHER
$\exists x \overline{\Phi x}$	$\overline{\exists x \Phi x}$
$\forall x \Phi x$	$\forall x \Phi x$
$\$$	$S(A)$
Φ	α
	$L\alpha$

Fonte: Lacan, 1972-1973/1985, p. 73.

Localizamos essa conexão num momento bem preciso, durante o seminário do ano letivo anterior, quando Lacan enuncia sua tese a respeito da diferença dos sexos. Diz ele: “O homem, a mulher, é isto que chamamos de valores sexuais. Que exista, de início, o homem e a mulher é um negócio de linguagem” (Lacan, 1971-1972/2011, p. 39). Como vemos neste trecho, Lacan associa os sexos, homem e mulher, a valores. Mas não devemos entender *valor* como mera referência às duas possibilidades entrevistadas em nosso idioma: ou se é homem ou se é mulher, masculino ou feminino. Valor é um conceito extraído da obra de Friedrich Ludwig Gottlob Frege, considerado um dos fundadores da lógica moderna.

Nos seminários paralelos desse ano, ... *ou pior* e *O saber do psicanalista*, Lacan apresenta o conceito de valor a partir de uma alusão ao sistema lógico fregeano. Numa clara referência ao matemático, Lacan afirma: “A verdade sendo tomada como *valor* que faz a denotação [*Bedeutung*] de uma certa proposição” (Lacan, 2011, p. 55, grifo nosso). Aqui encontramos um eco da definição de Gottlob Frege para a ideia de “verdade”, que não deveria ser compreendida como uma propriedade inerente a uma proposição lógica, mas que seria um valor que lhe serve como referente (Frege, 1897/1997). É por meio dessa analogia com o valor de verdade que poderemos encontrar o núcleo dos desenvolvimentos lacanianos a respeito do que ele nomeia como valor sexual.

Prolegômenos lógicos

Dentro do campo das matemáticas, Friedrich Ludwig Gottlob Frege se distingue como um dos pioneiros da lógica formal, ao criar uma nova linguagem para tratar dos enunciados lógicos, chamada de conceitografia, e ao romper com o modelo proposicional aristotélico de sujeito e predicado (Haack, 2002). Dentre suas contribuições mais importantes para o assunto, temos seus avanços a respeito do conceito de verdade, tema controverso e longamente debatido na literatura lógica. Sua tese é fruto de uma argumentação crítica para com outras teorias veritativas; em especial, a vertente ontológica aristotélica e a vertente correspondencista.

Para Aristóteles, a verdade tinha um cunho metafísico, pois para definir o que é verdade e falsidade bastaria “dizer daquilo que é que não é, ou daquilo que não é que é, é falso, enquanto dizer daquilo que é que é, ou daquilo que não é que não é, é verdadeiro” (Aristóteles, 2012, p. 125). Em sua obra, a verdade é reflexo de uma posição essencialista, pois, para o filósofo, a essência seria caracterizada como “aquilo que algo é”, ou seja, como compreendendo os aspectos dos quais

todas as suas outras características dependem. A verdade, portanto, deveria ser compreendida como efeito de uma verificação da legitimidade de certa proposição junto a uma essência. Isto é, podemos considerar a proposição “ A é B ” como verdadeira somente se o predicado B corresponder à essência de A . Para a lógica aristotélica, portanto, a definição de verdade se assenta na essência dos objetos e no próprio verbo “ser”, que fundamenta essa relação.

Contudo, o verbo εἶναι, “ser” em grego, remete a uma pluralidade semântica que facilmente negligenciamos:

Neste verbo acham-se fundidas, e confundidas, três, ou quatro, acepções de “ser”: a predicativa (como em “Sofia é bonita”); a identitativa (como em “a beleza é bela”); e a existencial (como em “os deuses são”: *aisin* = existem), além de outra, que afeta apenas o discurso, a veritativa. (Santos, 2013, p. 66)

Ao sobrepor as dimensões identitativa e essencialista, este verbo promove a impregnação de um determinismo ontológico; tal como pode ser percebida, no português, pela diferença dos verbos copulativos “estar” e “ser”. Afirmar que “Sócrates está velho” ou que “Sócrates é velho” leva a duas significações completamente distintas; enquanto que o primeiro verbo indica um estado momentâneo, o segundo indica uma propriedade estática. Tal diferença é de grande importância para Aristóteles, uma vez que a verdade é, dessa feita, definida como uma propriedade intrínseca, a de ser verdadeiro.

Frege objeta que, enquanto propriedade, a verdade seria algo redundante; pois declarar que “A ideia de que ‘5 é um número primo’ é verdadeira” é o mesmo que declarar “5 é um número primo”, tornando supérflua a introdução da discussão de verdade. Segundo Frege (1897/1997, p. 328), “É válido notar que a sentença ‘Sinto o cheiro de violetas’ tem o mesmo conteúdo da sentença ‘É verdade que sinto o cheiro de violetas’”. Em ambos os casos, a propriedade “ser verdadeiro” não acrescentaria nenhuma significação nova a esse enunciado. Por outro lado, existiam correntes filosóficas que tomavam a verdade não como uma propriedade, mas sim como uma relação.

Na visão correspondencista, a verdade é avaliada por seu paralelismo aos fatos; ou seja, uma proposição P é verdadeira se, e somente se, corresponde a um fato F do mundo. Existiria, portanto, um espelhamento verificável entre o conjunto F , dos fatos reais, e o conjunto P , das proposições (Haack, 2002). Quanto a isso, Frege (1897/1997) argumenta que um fato só poderia corresponder a uma proposição se tivessem a mesma natureza, sendo impossível realizar uma com-

paração entre um enunciado lógico, unidade linguística, e um fato do mundo. Podemos exemplificar essa objeção por meio do problema da legitimidade das cédulas de dinheiro, que poderia ser assim colocado: Considerando-se uma cédula suspeita P , como verificar se P é verdadeira?

A única forma de certificar-se disto, esclarece Frege (1897/1997), seria comparar a cédula P com uma segunda cédula, chamada de P' , que sabemos ser verdadeira. De nada adiantaria compará-la com uma moeda de ouro verdadeira, por exemplo. De mesmo modo, não poderíamos comparar uma sentença lógica a um evento da realidade. Contudo, esse modo exclusivo de verificação apresenta graves problemas, uma vez que, para saber se uma cédula P é verdadeira, precisaríamos ter certeza da autenticidade da segunda cédula P' ; o que implicaria, por sua vez, a verificação desta por meio de uma terceira cédula, e por uma quarta etc. Assim, qualquer referência à verdade exigiria uma definição prévia de algo já sabido ser verdadeiro, o que renova a questão.

Dessa feita, Frege chega ao entendimento de que tal modo de verificação desencadearia uma cadeia infinita de correspondências, e assim é levado a considerar que “o conteúdo da palavra ‘verdade’ é *sui generis* e indefinível” (Frege, 1897/1997, p. 327). A partir de tal conclusão, Frege formula uma nova concepção de verdade, que não deve ser encarada como uma propriedade objetual nem como uma relação com o mundo, mas que toma a verdade em si como um objeto, nomeadamente o “valor veritativo”. Esse valor apareceria como o referente, *Bedeutung*, de uma proposição. Por exemplo, a proposição “Esta cédula P é verdadeira”, possui certo sentido, ou valor conceitual, que Frege denomina “*Sinn*”; nesse caso, o sentido é de que foi verificada a autenticidade de uma dada cédula de dinheiro. Em contraposição, o referente da proposição, seu valor veritativo, seria o próprio fato de essa proposição se colocar como verdadeira na medida em que ela é afirmada.

Sigamos com outro exemplo. Na asserção “A soma de 2 mais 3 equivale a 5”, temos o valor conceitual, que seria soma dos números especificados; e também o valor veritativo, isto é, assevera-se que seja verdade que a soma de 2 mais 3 equivale a 5. E, lançando mão desses dois tipos de valores, Frege conclui que: “É realmente através da utilização da forma de uma sentença assertórica que asseveramos a verdade, e, para tanto, não precisamos da palavra ‘verdade’” (Frege, 1897/1997, p. 229). Isso significa que a verdade é um ato discursivo; ela se coloca na enunciação do sujeito. Podemos encontrar ecos dessa fórmula na obra lacaniana: “A função da fala, há muito eu introduzi isto, é a única forma de ação que se coloca como verdade” (Lacan, 1971-1972/2011, p. 69).

Observamos, assim, que a noção de “valor veritativo”, em Frege, englobaria três aspectos distintos: primeiro, ele se divide em valor falso ou verdadeiro, ou seja, é bivalente; segundo, ele possui uma qualidade *sui generis*, ou seja, tem uma natureza indefinível; e terceiro, tem uma ancoragem discursiva, uma força assertórica que convoca sua denotação. É a partir desses três elementos que se torna possível estabelecer uma analogia com os valores sexuais da obra lacaniana; afinal “se encontrássemos na lógica um modo de articular isto que o inconsciente demonstra como valor sexual, não deveríamos ficar surpresos” (Lacan, 1971-1972/2011, p. 39).

Articulações psicanalíticas

Em primeiro lugar, o valor veritativo da lógica fregeana só admite duas categorias: uma proposição é verdadeira ou é falsa. Dentro dos sistemas clássicos da lógica não pode existir meia verdade, pois a verdade precisa ser completamente verdadeira ou é uma falsidade, não existindo uma terceira opção (Frege, 1891/1997). Esse princípio é conhecido como a lei do terceiro excluído. Podemos, a partir daí, traçar um paralelo entre a bivalência do valor veritativo e o que Lacan apresenta como valores sexuais, já que existem dois e apenas dois sexos, estando excluída a possibilidade de um terceiro. Foi o que defendeu Freud ao referir-se aos homossexuais:

Pela boca de seus porta-vozes científicos, apresentam-se como uma variedade particular do gênero humano, como um “terceiro sexo”, a mesmo título que os outros dois [...]. Certamente, eles [os homossexuais] não são, como gostariam de se proclamar, uma “cepa seleta” da humanidade [...]. (Freud, 1916-1917/2014a, p. 278)

Essa afirmação pode soar ligeiramente hostil; porém, ela se insere num quadro mais amplo de debate sobre as sexualidades. Os porta-vozes aos quais Freud parece se referir são, principalmente, Magnus Hirschfeld e Karl Heinrich Ulrichs, que defendiam que a homossexualidade seria um efeito de certas alterações na gestação e no processo embriogenético (Mancini, 2010). Freud, por sua vez, recusa tais explicações segregacionistas e organicistas. Na sua *20ª Conferência: A vida sexual dos seres humanos* (1916-1917/2014b), Freud assegura que não se pode localizar nenhum traço específico para distinguir os homossexuais como uma classe apartada da população, sendo essa apenas uma ramificação regular da

vida sexual, e apontando que, mesmo em heterossexuais manifestos, existem vínculos homossexuais: “Os que se denominam homossexuais são, de fato, apenas os invertidos conscientes e manifestos, e seu número é insignificante, se comparado ao dos homossexuais latentes” (Freud, 1916-1917/2014b, p. 326). Para Freud (1905/2016), a homossexualidade não configura um terceiro sexo, mas apenas uma maneira de viver a pulsão sexual, e é precisamente porque a pulsão sexual não traz consigo nenhum objeto predeterminado que escolhas são possíveis, resultados de múltiplas influências sobre o desejo inconsciente.

Mas também podemos encontrar uma analogia para a bivalência do valor veritativo em Lacan: nas fórmulas quânticas só existem duas possibilidades de habitar a linguagem, como homem ou como mulher. No entanto, esses termos não aparecem aí com o mesmo significado que apresentam no senso comum. Lacan é muito claro ao afirmar que seus valores sexuais não se referem à anatomia nem ao código genético do indivíduo: “O cromossomo em sua combinação XY ou XX [...] não tem absolutamente nada a ver com [...] as relações do homem e da mulher” (Lacan, 1971/2007, p. 31).

A discussão sobre a definição dos sexos sempre esteve no âmago da teoria psicanalítica. Em um de seus últimos escritos, *33ª Conferência: A feminilidade* (1933/2010), Freud descarta muitas das definições que ele mesmo havia proposto ao longo dos anos para responder a essa questão, descartando a oposição ativo-passivo, desarticulando sexo e escolha de objeto, invalidando as coordenadas sociais de identificação e rejeitando a biologia como referência última para os sexos. Em vez de injetar uma significação, Freud operou pela *via de levare*, como um escultor, esvaziando os termos “homem” e “mulher” de toda sombra de sentido. Cada sujeito define a si próprio como ser sexuado.

Em um estudo clínico do caso conhecido como “a jovem homossexual”, Freud (1920/2011) apresenta um quadro permutativo de variáveis para a sexualidade: a identidade sexual, isto é, a consideração quanto ao próprio sexo; a escolha de objeto, relativa à identidade sexual do parceiro; e o caráter sexual somático, ou seja, o genótipo sexual. Freud então declara que pode haver diversas combinações dessas variáveis, constituindo maneiras sempre singulares de sexualidade: objeto sexual feminino, sexo feminino, identidade feminina; ou qualquer permutação semelhante. Lacan (1973-1974/2018) trabalha a mesma questão, não com base em variáveis definidas, mas a partir de uma concepção de que a sexualidade, no ser falante, é vivida a partir de um furo.

Diferentemente dos animais, que são programados por seus instintos, nos quais já existe toda uma codificação entre estímulo e resposta, entre instinto e objeto, o ser falante, ou *fallasser*, é acossado por pulsões, em suas exigências cons-

tantes de satisfação. Os objetos pulsionais, que são encontrados como resposta, são apenas substitutos ineficientes de uma perda original que se funda na entrada do mundo simbólico, e que resta como aquilo que não pode ser traduzido e transmitido por meio dos significantes (Lacan, 1964/1988). Essa perda, esse furo – “*trou*”, em francês – está na raiz daquilo que Lacan (1973-1974/2018) chamou de *troumatismo*, ou seja, o furo do sexual traumático. Sem ter as diretivas para obedecer às suas pulsões sexuais, frente a esse furo, resta ao ser falante inventar sua sexualidade.

Tal posicionamento, encontrado tanto em Freud quanto em Lacan, reflete uma concepção da sexualidade enquanto *sui generis*, isto é, particular, de seu próprio gênero ou de sua própria classificação, tal como a verdade em Frege. As posições sexuadas, que Lacan desenvolve a partir dos anos 70, são precisamente formas de invenção para esse furo, pois não há nenhum referente para os significantes “homem” e “mulher”, que são indefiníveis. Portanto, as únicas definições que seriam possíveis para os sexos se constituem a partir de suas tomadas enquanto posições discursivas: valores que se configuram apenas como atos de fala (Lacan, 1972-1973/1985). Ao nascer, alguns são ditos homens, outros, mulheres; e, num segundo tempo, cada um lidará com esse pronunciamento oracular da sua maneira, reafirmando o primeiro dito ou não.

Como se vê, toda a questão dos sexos fica referida ao discurso, assim como o terceiro aspecto da verdade, em Frege. É na própria asserção, na própria afirmação, que se localiza o valor de verdade para uma determinada relação. Para a lógica fregeana, a verdade está fora de qualquer referência ao mundo metafísico ou dos sentidos, onde seria refém de correspondências inverificáveis (Frege, 1897/1997). De mesma feita, a psicanálise sustenta que a sexualidade está livre das mesmas referências e engodos correspondencistas, comparecendo, tanto a verdade quanto a sexualidade, então, como atos de discurso. Ao tomar a asserção como forma de conceder verdade à posição sexuada, não nos referimos a uma afirmação consciente, vocálica, disto. Não é dizer “sou homem” ou “sou mulher”. A força assertórica dos valores sexuais está na tomada de posição inconsciente no discurso, definida pela posição subjetiva frente à castração e ao falo, como vemos nas fórmulas da sexuação.

Valores sexuais

A partir do *Seminário, livro 18* (1971/2007), um seminário consagrado à escrita, Lacan emprega mais sistematicamente os quantificadores lógicos para tra-

tar da diferença dos sexos. Em suas fórmulas, encontramos as notações modernas das afirmações proposicionais, $\forall x \Phi(x)$ e $\exists x \Phi(x)$, e das negações correspondentes, fazendo menção ao projeto de formalização concebido por Frege. O logicismo lacaniano para demarcar os valores sexuais de “homem” e “mulher” é decorrente da impossibilidade de desvendar o enigma dos sexos pelo viés simbólico. Frege havia defendido que a linguagem era muito pobre, muito inepta, para descrever qualquer conteúdo conceitual, privilegiando uma orientação matemática para tal tarefa (Haack, 2002), e Lacan concordara.

Para Freud (1933/2010), o falo restara como o último determinante da diferença dos sexos: as mulheres são castradas e os homens não; portanto, o falo restava como um atributo exclusivo do homem. Mas, nas fórmulas de Lacan, o falo comparece nas proposições lógicas de ambos os lados. Na parte superior, o falo é transposto para uma função, a função fálica, $\Phi(x)$, que aparece em quatro proposições, em seu caráter positivo e negativo; assim, Lacan se esquivava da distinção sexual em termos da pura posse fálica. Com efeito, Φ , o falo simbólico, é “o significante da própria perda que o sujeito sofre devido ao esfacelamento acarretado pelo significante” (Lacan, 1966/1998, p. 715).

Nesse sentido, a ordem simbólica impõe o falo como exercendo uma função de castração, de limitação, permanecendo diferente do órgão peniano. E nem mesmo a referência ao falo é suficiente para delimitar o que é ser homem, como Lacan (1968-1969/2008, p. 322) mesmo objeta: “é curioso que depois de 70 anos de psicanálise, ainda não se formulou nada sobre o que é o homem”, revelando que nem a referência ao falo poderia definir esse valor sexual. A castração não é um privilégio das fêmeas, como uma leitura rasa de Freud suporia afirmar; ela é, antes, índice de uma perda primordial: “[...] que seja do homem ou da mulher. Nos dois casos, a falta fálica – que nós chamamos castração, em um caso, ou *Pennisneid*, no outro – é o que simboliza a falta essencial” (Lacan, 1966-1967, aula do dia 08/03/1967).

Assim, toda a diferenciação entre os lados “homem” e “mulher” se coloca a partir da modalização da função $\Phi(x)$ e não a partir da mera posse de Φ . Como a lógica fregeana assume, para essa função temos a possibilidade de submeter vários valores como argumento, inseridos no lugar de x , que designa o lugar de um significante: “Um significante, isto pode ser cada um de vocês, cada um de vocês precisamente ao nível medíocre que vocês existem como sexuados” (Lacan, 1971-1972/2011, p. 32). O argumento da função de castração é o ser falante, em sua condição de habitante da linguagem, único que tem relação com o falo, Φ .

Portanto, a partir dessa leitura lógica do processo de sexualização, o que define os sexos já não é o *status* castração, mas a relação do ser falante com ela, uma vez

que todo neurótico já se encontra castrado pela operação da linguagem. A distinção se daria na medida em que o lado homem seria aquele totalmente referido à norma fálica, à lei da castração; enquanto que o lado mulher teria uma subpartição que escapa a essa norma. E, assim, percebemos que existe outro valor além do “não castrado” e “castrado” de Freud. Lacan o chama de “não todo castrado”, ou *pas tout*. E, com isso, consegue reafirmar a posição de Freud sobre a universalidade do falo e de seu lugar referencial para os assuntos sexuais, ao mesmo tempo que inclui aí uma nuance: os sexos não se diferenciam por um monopólio do atributo fálico, mas pela incidência desse falo enquanto função.

O lado homem se caracteriza pelo fato de que a função da castração está presente de tal maneira que, para todo x , x obedece a $\Phi(x)$. Isto é, todo homem está submetido à lei da castração, é o que enuncia a segunda proposição do lado esquerdo. Mas há uma exceção para esta regra, expressa pela proposição acima, que remonta ao pai primevo de *Totem e tabu*, que é um x que não obedece a $\Phi(x)$. Segundo Freud (1913/2013), num tempo mítico, a sociedade teria sido organizada por um tirano que conservara para si o direito de gozar de todas as mulheres e que expulsara todos os outros homens de sua tribo, para que eles não ameaçassem sua autocracia. Ele encontrara a sustentação de seu mito original na leitura de *A descendência do homem e a seleção em relação ao sexo* (Darwin, 1871).

Em seu livro, Darwin aborda a evolução do homem por meio da seleção natural. Utilizando uma metodologia comparativa, toma como objeto as espécies simiescas, e afirma que os machos que exercem maior atrativo sexual são aqueles que se mostram mais fortes e, portanto, exibem-se como mais hábeis na proteção das fêmeas e de sua prole, favorecendo sua escolha como pares sexuais. E, uma vez estabelecida sua tese de que os homens são descendentes de um tipo ancestral, comum à linhagem dos macacos, fica evidente que:

olhando atrás na corrente do tempo, e julgando pelos hábitos sociais do homem, como ele existe hoje, o ponto de vista mais provável é que ele primitivamente vivia em comunidades pequenas com uma única esposa ou, se poderoso, com várias, as quais ele guardava ciumentamente de outros homens. (Darwin, 1871, p. 591)

Esse pai gorila é onipotente e pode dispor de todas fêmeas do seu grupo, além de reinar sobre o conjunto dos outros machos. O mito freudiano supunha a existência de um ser que não estaria limitado por nenhuma lei; a lei da castração, para ele, está negada (Lacan, 1972-1973/1985).

Em contrapartida, não há nada em *Totem e tabu* a respeito de uma mãe da horda. Lá Freud se rende ao fato de que, escreve ele: “Não posso sugerir em que ponto desse processo de evolução é possível encontrar lugar para as grandes deusas-mães” (Freud, 1913/2013, p. 150). É necessário salientar que a existência real do pai da horda também não é comprovável; ele existe apenas logicamente. Podemos encontrá-lo na teoria lacaniana como um equivalente para a função Nome-do-Pai, que instaura a significação fálica para todos os neuróticos por meio da metáfora paterna (Lacan, 1957-1958/1999).

O falo que surge nessa operação metafórica tem a função de delimitar um campo específico numa vastidão enigmática onde não há barreiras, conhecida como o desejo da mãe. Só existe referência ao falo, não como pênis, mas como barra que impede a complementaridade imaginária entre o Outro cuidador, o *Nebenmensch*, e a criança. É exatamente porque o falo tem essa função de barra, que ambos os sexos são constrangidos a vincular sua sexualidade ao seu primado; daí ele ser encontrado nos dois lados das *Fórmulas*: o lado chamado “mulher” não se condiciona por outra função; suas proposições ainda se pautam em $\Phi(x)$.

Passemos agora à segunda proposição do lado mulher, onde se apresenta uma negação para o quantificador universal, $\neg\forall x$. Tal negação é uma operação proposta por Lacan que repercute sobre as significações do termo “todo”. Esse significante apresenta uma “nuance linguística na qual a função oposta do $\pi\tilde{\alpha}\varsigma$ ou do $\pi\acute{\alpha}\nu\tau\epsilon\varsigma$, em grego, opõe-se à função do $\delta\lambda\omicron\varsigma$, assim como *omnis* se opõe ao *totus*” (Lacan, 1967-1968, aula do dia 13/03/1968).

O todo, o universal, é empregado na lógica de Aristóteles a partir do termo $\pi\tilde{\alpha}\varsigma$ e seus derivados. O grego $\pi\tilde{\alpha}\varsigma$ se aplica, basicamente, ao sentido de conjunto, como em “todos aqueles” ($\pi\acute{\alpha}\nu\tau\epsilon\varsigma\ \delta\sigma\omicron\iota$) (Liddel & Scott, 1996). Mas existe outro termo, $\delta\lambda\omicron\varsigma$, que traz uma significação distinta, como em “o bolo inteiro”, $\acute{\alpha}\rho\tau\omicron\varsigma\ \omicron\tilde{\upsilon}\lambda\omicron\varsigma$. Em português, essas dimensões ficam mascaradas sob nosso uso corrente do significante “todo”, que pode ser empregado tanto no sentido de “todo o conjunto” quanto no sentido de “inteiramente, integralmente”.

Essa diferença no grego também é achada no latim. O $\pi\tilde{\alpha}\varsigma$ se traduz por *omnis* e o $\delta\lambda\omicron\varsigma$ por *totus*. Tomemos seguinte sentença em latim: “*Omnes milites strenue pugnaverunt*”, que se traduz como “Todos os soldados lutaram bravamente”; a ela, contrapomos a frase “*Totam Italiam vidi*”, ou “Vi a Itália inteira”. Em cada frase o “todo” é empregado com uma conotação diferente, aparecendo nas respectivas traduções.

Sabendo disso, pode-se sugerir duas leituras para a segunda proposição do lado mulher, $\neg\forall x\ \Phi(x)$: *Non omnes feminae castratae sunt*, isto é, as mulheres não

são todas castradas, indicando algumas do grupo não o são; ou *Non totas feminae castratae sunt*, ou seja, as mulheres não são inteiramente castradas, haveria uma parte delas que escapa à norma fálica.

Ao lermos Lacan, fica evidente que ele emprega a terminologia *pas tout*, “não todo”, como *non totus*; ou seja, a mulher não está inteiramente, em sua integridade, condicionada ao significante fálico, o que escapa a ele é entrevistado nas formas do gozo Outro, da qual temos o gozo místico como exemplo, como nos arrebatamentos de Santa Tereza d’Ávila.

Considerações finais

A leitura lógica do processo de sexuação permite a Lacan formalizar uma resposta à problemática dos sexos, em psicanálise. Com suas letrinhas matemáticas, Lacan definiu o lado homem como o lado do *totus*, do todo da norma fálica; enquanto que o lado mulher apresenta uma fragmentação, um além-fálico, é o lado do *non totus*. Essas definições, que Lacan salienta como “possíveis”, são escritas em linguagem lógica, por sua capacidade de transmissão sem necessitar de referências imaginárias ou de ancoragens morfológicas. Esvaziadas de sentido, em forma pura de escrita, suas fórmulas quânticas da sexuação reafirmam a característica *sui generis* do sexo para o ser falante, inclusive de sua posição sexuada. A verdade de sua sexualidade é, para Lacan, leitor de Frege, uma construção sobre o furo traumático do real do sexo, manifestando-se em sua relação com a função da castração, constringendo o neurótico a colocar-se do lado *totus* ou *non totus*.

Referências

- Aristóteles (2012). *Metafísica*. Edipro. https://sumateologica.files.wordpress.com/2009/07/aristoteles_-_metafisica_etica_a_nicomaco_politica.pdf (acessado 31/10/2023)
- Darwin, C. (1871). *The descent of man, and Selection in relation to sex*. D. Appleton and Company. <http://darwin-online.org.uk/content/frameset?pageseq=1&itemID=F937.1&viewtype=text> (acessado 31/10/2023)
- Frege, W. (1891/1997). Function and concept. In: M. Beaney (Ed.). *The Frege reader*, p. 130-148. Blackwell. https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/767005/mod_resource/content/0/Frege%20-%20Reader.pdf (acessado 31/10/2023)

- Frege, W. (1897/1997). Logic: Extract. In: M. Beaney (Ed.). *The Frege reader*, p. 227-250. Blackwell. https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/767005/mod_resource/content/0/Frege%20-%20Reader.pdf (acessado 31/10/2023)
- Freud, S. (1905/2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Obras completas*, vol. 6: Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ('O caso Dora') e outros textos (trad. P. C. Souza), p. 13-172. Companhia das Letras.
- Freud, S. (1913/2013). Totem e tabu. In: *Obras completas*, vol. 11: Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (trad. P. C. Souza), p. 8-176. Companhia das Letras.
- Freud, S. (1916-1917/2014a). 18ª conferência: A fixação ao trauma, o inconsciente. In: *Obras completas*, vol. 13: Conferências introdutórias à psicanálise (trad. P. C. Souza), p. 291-304. Companhia das Letras.
- Freud, S. (1916-1917/2014b). 20ª conferência: A vida sexual humana. In: *Obras completas*, vol. 13: Conferências introdutórias à psicanálise (trad. P. C. Souza), p. 320-338. Companhia das Letras.
- Freud, S. (1920/2011). Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina. In: *Obras completas*, vol. 15: Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (trad. P. C. Souza), p. 102-133. Companhia das Letras.
- Freud, S. (1933/2010). 33ª conferência: A feminilidade. In: *Obras completas*, vol. 18: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (trad. P. C. Souza), p. 263-293. Companhia das Letras.
- Haack, S. (2002). *Filosofia das lógicas*. Ed. UNESP. https://www.researchgate.net/publication/301221928_FILOSOFIA_DAS_LOGICAS_Portuguese (acessado 31/10/2023)
- Lacan, J. (1957-1958/1999). *O seminário, livro 5: As formações do inconsciente*. Zahar.
- Lacan, J. (1964/1988). *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Zahar.
- Lacan, J. (1966-1967). *O seminário, livro 14: A lógica da fantasia*. Inédito.
- Lacan, J. (1966/1998). À memória de Ernst Jones: Sobre sua teoria do simbolismo. In: *Escritos*, p. 704-724. Zahar.
- Lacan, J. (1967-1968). *O seminário, livro 15: O ato psicanalítico*. Inédito.
- Lacan, J. (1968-1969/2008). *O seminário, livro 16: De um Outro ao outro*. Zahar.
- Lacan, J. (1971/2007). *O seminário, livro 18: De um discurso que não fosse semblante*. Zahar.
- Lacan, J. (1971-1972/2011) *O seminário, livro 19: ... ou pior*. Zahar.
- Lacan, J. (1972-1973/1985). *O seminário, livro 20: Mais ainda*. Zahar.
- Lacan, J. (1973-1974/2018). *O seminário, livro 21: Os tolos não erram*. Fi.
- Lacan, J. (2011). *Estou falando com as paredes*. Zahar.
- Liddell, H. G.; Scott, R. (1996). *A Greek-English lexicon*. Oxford University Press.

- Mancini, E. (2010). *Magnus Hirschfeld and the quest for sexual freedom*. Palgrave Macmillan.
- Santos, J. (2013). Introdução à leitura do poema de Parmênides. In: Parmênides. *Da natureza*, p. 45-113. Loyola.

Recebido em 19 de janeiro de 2022
Aceito para publicação em 13 de julho de 2022

VIESES PSICOLÓGICOS E TOMADA DE DECISÃO: OPINIÕES DE ESPECIALISTAS VERSUS INVESTIDORES INDIVIDUAIS

*PSYCHOLOGICAL BIASES AND DECISION-MAKING:
EXPERT VERSUS INDIVIDUAL INVESTORS OPINIONS*

*SESGOS PSICOLÓGICOS Y TOMA DE DECISIONES:
OPINIONES DE EXPERTOS VERSUS INVERSORES INDIVIDUALES*

Nicolas de Oliveira Cardoso ⁽¹⁾

Claudia Emiko Yoshinaga ⁽²⁾

Frederike Monika Budiner Mette ⁽³⁾

Wagner de Lara Machado ⁽⁴⁾

RESUMO

Este estudo teve por objetivo investigar as opiniões de investidores brasileiros sobre quais vieses psicológicos podem influenciar a tomada de decisão de investidores individuais e profissionais do mercado financeiro. Foram analisadas as respostas a duas questões abertas sobre tomada de decisão em investimentos de 8 pesquisadores do campo das finanças comportamentais, 17 profissionais que atuam no mercado financeiro e 20 investidores individuais. Os dados obtidos foram avaliados com técnicas de mineração de texto e apresentados no formato de redes semânticas. Os principais resultados demonstram que os participantes reportaram 17 vieses diferentes. Embora existam dis-

⁽¹⁾ Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Professor da especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental da PUCRS. Porto Alegre, RS, Brasil. email: nicolas.deoliveira@hotmail.com

⁽²⁾ Doutora em Administração pela Universidade de São Paulo (USP); Professora Associada de Finanças da Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP). São Paulo, SP, Brasil. email: claudia.yoshinaga@fgv.br

⁽³⁾ Doutora em administração pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos); Diretora acadêmica nacional de negócios e tecnologia da Escola Superior de Propaganda e Marketing (ESPM). Porto Alegre, RS, Brasil. email: frederike.mette@pucrs.br

⁽⁴⁾ Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Professor Adjunto do curso de Psicologia da Escola de Ciências da Saúde e da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Porto Alegre, RS, Brasil. email: wagner.machado@pucrs.br

Este trabalho foi realizado com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), código de financiamento 001.

crepâncias nas opiniões de cada grupo de participantes, os vieses de ancoragem, excesso de confiança, aversão à perda e efeito manada foram os mais reportados pelos três grupos. Ademais, 35% dos investidores individuais relataram não conhecer nenhum viés e outros 30% acreditam que os profissionais do mercado financeiro são imunes a seus efeitos. Esses achados demonstram a necessidade de desenvolvimento de intervenções educativas sobre a influência dos vieses psicológicos na tomada de decisão. Tais intervenções podem reduzir decisões financeiras ruins e até mesmo evitar que os investidores individuais entrem em esquemas de pirâmide financeira.

Palavras-chave: economia comportamental; psicologia econômica; viés cognitivo; viés comportamental; viés emocional.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the opinions of Brazilian investors about which psychological biases may influence the decision-making of individual investors and financial market professionals. The answers to two open questions about decision-making in investments from 8 researchers in the field of behavioral finance, 17 financial market professionals and 20 individual investors were analyzed. The data obtained were evaluated with text mining techniques and presented in the format of semantic networks. The main results show that the participants reported 17 different biases. Although there are discrepancies in the opinions of each group of participants, anchoring biases, overconfidence, loss aversion and herd effect were the most reported by the three groups. Furthermore, 35% of individual investors reported not knowing any bias, and another 30% believe that financial market professionals are immune to their effects. These findings demonstrate the need to develop educational interventions about the influence of psychological biases on decision-making. Such interventions can reduce bad financial decisions and even prevent investors from entering financial pyramid schemes.

Keywords: behavioral economics; economic psychology; cognitive bias; behavioral bias; emotional bias.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo investigar las opiniones de inversionistas brasileños sobre qué sesgos psicológicos pueden influir en la toma de decisiones de inversionistas individuales y profesionales del mercado financiero. Se analiza-

ron las respuestas a dos preguntas abiertas sobre toma de decisiones en inversiones de 8 investigadores en el campo de las finanzas conductuales, 17 profesionales del mercado financiero y 20 inversionistas individuales. Los datos obtenidos fueron evaluados con técnicas de minería de textos y presentados en formato de redes semánticas. Los principales resultados demuestran que los participantes informaron 17 sesgos diferentes. Aunque existen discrepancias en las opiniones de cada grupo de participantes, los sesgos de anclaje, exceso de confianza, aversión a las pérdidas y el efecto manada fueron los más reportados por los tres grupos. Además, 35% de los inversionistas individuales informaron no conocer ningún sesgo, otros 30% creen que los profesionales son inmunes a sus efectos. Estos hallazgos demuestran la necesidad de desarrollar intervenciones educativas relacionadas con la influencia de los sesgos psicológicos en la toma de decisiones. Tal medida puede reducir las malas decisiones financieras e incluso evitar que los inversionistas individuales entren en esquemas piramidales financieros.

Palabras clave: conducta económica; psicología económica; sesgo cognitivo; sesgo de comportamiento; sesgo emocional.

Introdução

Em 2018, existiam 700 mil CPFs registrados na central depositária da Bolsa de Valores do Brasil (B3); esse número subiu para 4,4 milhões em junho de 2022 (B3, 2022). Tamanho crescimento da participação dos investidores individuais (II) na B3 tem atraído a atenção dos estudiosos do campo das Finanças Comportamentais, principalmente no que diz respeito à tomada de decisão (TD) dos investidores (De Bortoli et al., 2019; Yoshinaga & Ramalho, 2014).

As Finanças Comportamentais podem ser definidas como o estudo do comportamento dos investidores. Esse termo costuma ser utilizado quando pressupostos da Psicologia Econômica e Economia Comportamental são direcionados ao mercado financeiro. A Psicologia Econômica pode ser definida como o estudo do comportamento humano frente a recursos finitos (e.g., dinheiro, atenção, tempo, saúde). Já a Economia Comportamental é considerada irmã da Psicologia Econômica, tendo como principal diferença os indivíduos que estudam os fenômenos psicológicos – neste caso, economistas (Ferreira, 2008; Kahneman, 2012). As Finanças Comportamentais surgem em oposição à Teoria Econômica Clássica, a qual pressupõe que todos os indivíduos são racionais e sempre utilizam todas as informações disponíveis para tomar decisões com a melhor utilidade esperada. A Teoria Econômica Clássica e a Teoria

da Utilidade Esperada acreditam que os investidores não são influenciados por vieses psicológicos (Kahneman & Tversky, 2013; Yoshinaga & Ramalho, 2014). Nesse sentido, um dos principais pilares das Finanças Comportamentais é a racionalidade limitada dos investidores, o qual pressupõe que o ser humano nem sempre toma as melhores decisões possíveis, estando sujeito à influência de heurísticas (i.e., processos simplificados/atalhos) e erros (i.e., vieses psicológicos) durante a TD (Kahneman & Tversky, 2013; Yoshinaga & Ramalho, 2014).

Estima-se que existam pelo menos 22 vieses que comumente influenciam a TD dos investidores (Pompian, 2012). Embora as nomenclaturas e as definições dos vieses psicológicos não costumem variar, não existe consenso na literatura científica a respeito da classificação de cada um dos vieses. Por exemplo, existem pesquisadores que se referem ao viés de excesso de confiança como sendo um viés emocional (Pompian, 2012), cognitivo (Mushinada, 2020), heurístico (Johnson & Fowler, 2011), psicológico (Nofsinger, 2017) ou ainda comportamental (Baker et al., 2019). Da mesma forma, não existe consenso sobre o termo mais indicado para se referir de forma abrangente ao grande conjunto de vieses que podem influenciar a TD dos investidores (Kahneman, 2012; Nofsinger, 2017; Pompian, 2012). Assim, em linha com a psicologia econômica, adotaremos ao longo deste estudo o termo vieses psicológicos (Nofsinger, 2017).

Independentemente da nomenclatura utilizada, destaca-se que existem diversos estudos utilizando questionários e testes experimentais para avaliar a prevalência (Jaiyeoba et al., 2020; Prosad et al., 2015; Roth et al., 2015), a magnitude da influência e as possíveis correlações entre os diferentes tipos de vieses na TD dos investidores (Baker et al., 2019; Isidore & Christie, 2019) ou com traços de personalidade (De Bortoli et al., 2019). Contudo, ainda não existe um instrumento psicométrico padrão-ouro com evidências psicométricas satisfatórias para mensuração dos vieses psicológicos em investidores brasileiros. Nesse sentido, embora as diretrizes de melhores práticas para a construção de instrumentos psicométricos recomendem a realização de estudos/etapas qualitativas com o intuito de compreender a percepção do público-alvo sobre o fenômeno investigado (Boateng et al., 2018), até onde se tem conhecimento, não existem estudos que tenham avaliado diretamente o nível de conhecimento e/ou levado em consideração as opiniões dos participantes do mercado financeiro brasileiro sobre os vieses que podem influenciar a TD.

Dessa forma, este estudo tenciona investigar as opiniões dos pesquisadores do campo das Finanças Comportamentais (PESQ), profissionais do mercado financeiro (PRO) e investidores individuais (II) sobre quais vieses psicológicos

podem influenciar a TD dos II e PRO brasileiros. Ademais, os resultados fornecidos por cada grupo de participantes foram comparados em busca de semelhanças e diferenças nos padrões de resposta. Tais dados podem ser utilizados durante o processo de construção de instrumentos psicométricos e na formulação de intervenções para redução da influência dos vieses na TD dos investidores brasileiros.

Método

O presente estudo constitui uma pesquisa transversal e qualitativa com método de análise de dados quantitativo.

Participantes e procedimentos

Inicialmente, 110 investidores brasileiros participaram desta pesquisa (18 PESQ; 42 PRO; 50 II), sendo excluídos aqueles que: (1) começaram a investir em renda variável há menos de 11 meses ($n=9$); (2) não responderam nenhuma das questões sobre vieses psicológicos ($n=56$). Assim, restaram 45 participantes após a aplicação dos critérios de exclusão, caracterizando perda amostral de 59,1%.

Dentre os participantes restantes, 8 eram PESQ (média de idade =42,7; $DP=10,9$; 62,5% mulheres), 17 PRO (média de idade =43,4; $DP=7,1$; 70,6% homens) e 20 II (média de idade =42,3; $DP=11,5$; 70% homens). A maior parte da amostra residia em São Paulo ($n=37$; 82,2%) e se compunha de pós-graduados ($n=42$; 91,1%). Somente os II foram questionados a respeito de sua renda; foi evidenciado que 70% ($n=14$) tinham renda mensal igual ou superior a 10 salários-mínimos. Em relação à ocupação dos PRO, destaca-se que a amostra é heterogênea, composta por consultores financeiros, agentes autônomos de investimento, estrategistas-chefes, gestores de conteúdo, de patrimônio, de produtos financeiros e de fundos de investimento.

Instrumentos

Questionário de dados sociodemográficos – Avaliou as variáveis idade, sexo, ocupação, região de residência e nível socioeconômico.

Questionário de fatores relacionados à análise de perfil do investidor – Composto por 11 questões qualitativas e 1 quantitativa. As perguntas abertas foram desenvolvidas pelos pesquisadores deste estudo e os itens que compõem a pergunta estruturada foram embasados na literatura científica e em questionários de análise de perfil dos investidores de 12 instituições financeiras nacionais (bancos e corretoras de valores). Este questionário avalia a opinião dos II, PRO e PESQ sobre: (1) fatores que deveriam ser avaliados em questionários de análise de perfil de investidores (1 questão aberta e 1 questão estruturada); (2) fatores que podem influenciar a TD dos II (1 questão aberta) e PRO (1 questão aberta); (3) influência de pensamentos, emoções e comportamentos na TD sobre investimentos dos II (3 questões abertas) e PRO (3 questões abertas); e (4) influência dos vieses psicológicos na TD dos II (1 questão aberta) e PRO (1 questão aberta). Nesse estudo foram reportados os resultados provenientes das duas questões sobre vieses psicológicos: (Q01) Você conhece algum tipo de viés psicológico, cognitivo, emocional ou comportamental que possa influenciar a capacidade de TD dos II no mercado de renda variável?; (Q02) Você conhece algum tipo de viés psicológico, cognitivo, emocional ou comportamental que possa influenciar a capacidade de TD dos investidores institucionais (i.e., PRO) no mercado de renda variável?.

Considerações éticas

Todos os participantes eram adultos (18 anos ou mais) fluentes em português brasileiro, com aplicações financeiras no mercado de renda variável. Os participantes manifestaram seu interesse em participar da pesquisa por meio do Modelo de Registro de Consentimento para Estudos Online (MRCEO). A amostra do estudo foi formada por conveniência, sendo facultado aos participantes enviar convites para seus contatos (bola de neve; *snowball sampling*). A divulgação e o preenchimento dos instrumentos foram feitos online, na plataforma Qualtrics. Todos os dados coletados e utilizados para elaboração do manuscrito foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob o registro CAEE 40207820.9.0000.5336.

Análise de dados

Para a análise das respostas dos participantes foi utilizada uma combinação de técnicas de mineração de texto e representações gráficas de termos (análise de rede) (Jo, 2018). Os textos foram pré-processados de modo a reduzi-los a unidades menores (palavras, em um processo chamado tokenização). A seguir, as palavras foram reduzidas ao seu radical (stemização), para evitar flexões, e retiradas as palavras auxiliares (*stopwords*), como artigos, preposições, conjunções. Ainda, foram excluídos termos com frequência menor que dois (2) em todo o *corpus*. Essas palavras foram então classificadas em grupos semânticos pelos pesquisadores. Por exemplo, os termos “seguirmaioria”, “efeitoadesao”, “comportamentomanada”, “movimentomanada” foram agrupados na categoria “efeito manada”. Em seguida foi construída uma matriz de termos e documentos, registrando a frequência e a ocorrência e coocorrência dos termos. A matriz de coocorrência foi utilizada para a representação gráfica, por meio da análise de rede, das conexões semânticas entre os termos. As redes são compostas por vértices (termos) e arestas (associações). Quanto mais central (*centrality*) é um vértice, mais conexões ele possui (*grau/degree*), e quanto mais espessa uma aresta, mais coocorrências ela representa. Todas as análises foram realizadas no software Orange Data Mining 3 versão 3.29.3.

Resultados

Vieses psicológicos que podem influenciar os II nas opiniões dos PESQ, PRO e II (Q01)

No total, os II reportaram 39 termos ($M=2,9$; $DP=2,1$), PRO 39 ($M=3,3$; $DP=2,4$) e PESQ 33 ($M=6,6$; $DP=3,8$). Após a remoção dos termos com frequência menor que 2 e agrupamento de termos semelhantes, restaram 9 termos reportados pelos PESQ e 7 pelos II e PRO. A Tabela 1 apresenta o *degree* (DG) e *degree centrality* (DC) das redes semânticas e a frequência absoluta e relativa dos vieses reportados pelos PESQ, PRO e II. A Figura 1 apresenta as três redes semânticas geradas a partir das respostas dos participantes a respeito dos vieses que podem influenciar os II. Uma breve definição de todos os tipos de vieses psicológicos mencionados neste estudo pode ser consultada no Apêndice A.

Tabela 1 — Descrição dos resultados das redes semânticas (Q01)

Opiniões (PESO) (n=8)	Opiniões (PRO) (n=17)	Opiniões (II) (n=20)	FA (II)	FRL (II)	DG (II)	DC (II)	FA (PRO)	FRL (PRO)	DG (PRO)	DC (PRO)	FA (PESO)	FRL (PESO)	DG (PESO)	DC (PESO)
Ancoragem	Ancoragem	Ancoragem	4	14,8%*	2	0,33	7	25%*	4**	0,67	2	8,7%	2	0,25
Aversão à perda	Aversão à perda	Aversão à perda	3	11,1%*	2	0,33	7	25%*	4**	0,67	3	13%*	3	0,38
Efeito manada	Efeito manada	Efeito manada	5	18,5%*	3	0,50	2	7,1%	0	0,00	4	17,4%*	2	0,25
Excesso de confiança	Excesso de confiança	Excesso de confiança	3	11,1%*	2	0,33	4	14,3%*	3	0,50	4	17,4%*	4**	0,50
—	Viés de confirmação	Viés de confirmação	3	11,1%*	3	0,50	3	10,7%*	3	0,50	—	—	—	—
—	Aversão ao arrendimento	Aversão ao arrendimento	2	7,4%	0	0,00	—	—	—	—	—	—	—	—
Efeito disposição	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	8,7%	4**	0,50
Excesso de otimismo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	8,7%	2	0,25
—	Efeito retrovisor	—	—	—	—	—	2	7,1%	2	0,33	—	—	—	—
—	Falácia do jogador	—	—	—	—	—	3	10,7%*	4**	0,67	—	—	—	—
—	Não	Não	7	25,9%*	0	0,00	—	—	—	—	—	—	—	—
Status quo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	8,7%	2	0,25
Viés de disponibilidade	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	8,7%	3	0,38
Viés de representatividade	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	8,7%	2	0,25
Total	27	100%	28	100%	23	100%	23	100%	23	100%	23	100%	23	100%

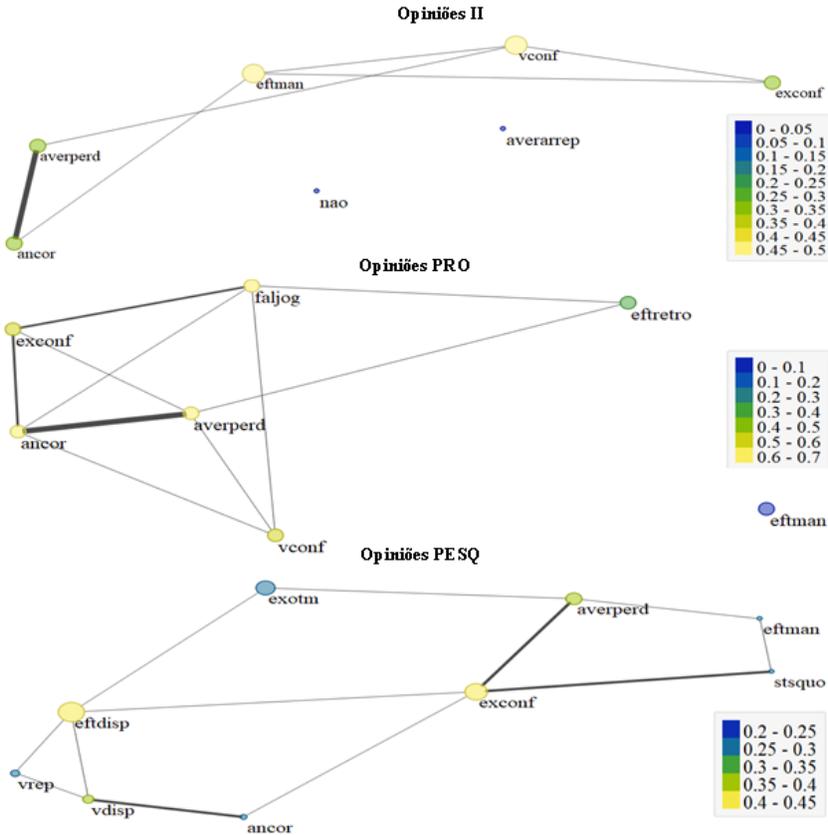
Notas

PESO – Pesquisadores
 PRO – Profissionais
 II – Investidor individual
 n – Número de participantes que responderam cada questão

FA – Frequência absoluta
 FRL – Frequência relativa
 DG – Degree
 DC – Degree centrality

* – Frequência relativa ≥ 10%
 ** – Número de conexões (DG) ≥ 4

Figura 1 — DC das Redes de conexões semânticas sobre os vieses que podem influenciar os II (Q01)



Legenda

Ancor – Ancoragem
AverArrep – Aversão ao arrependimento
AverPerd – Aversão à perda
EftMan – Efeito manada
EftDisp – Efeito disposição
EftRetro – Efeito retrovisor

ExConf – Excesso de confiança
ExOtm – Excesso de otimismo
FalJog – Falácia do jogador
VConf – Viés de confirmação
VDisp – Viés da disponibilidade
VRep – Viés da representatividade

Na rede dos II, o efeito manada foi o viés mais reportado ($n=5$) e com maior número de conexões ($DG=3; DC=0,50$) com as demais categorias de resposta. Embora menos mencionado ($n=3$), o viés de confirmação apresentou o mesmo DG e DC que o efeito manada. No entanto, nenhum dos vieses reportados apresentou número de conexões maior ou igual a 4. Mesmo assim, foi observada coocorrência entre aversão à perda e ancoragem. Esse baixo número de conexões pode ser explicado pelo fato de que 35% dos II ($n=7$) afirmaram não conhecer nenhum viés psicológico, cognitivo,

emocional ou comportamental. Tal achado indica que muitos dos II que participaram do estudo não tinham conhecimento sobre o tema dos vieses psicológicos e das Finanças Comportamentais. Por outro lado, embora os vieses de efeito manada, ancoragem, aversão à perda, excesso de confiança e confirmação sejam os mais reportados, isso não significa que sejam necessariamente aqueles que mais influenciam a TD desse grupo específico de II. É possível que outros vieses psicológicos, dos quais os II deste estudo não têm conhecimento, influenciem mais sua TD.

Já na rede dos PRO, os vieses de ancoragem e aversão à perda foram os mais reportados ($n=7$) e com o maior número ($DG=4$; $DC=0,67$) de conexões com as demais categorias de resposta, seguidos pela falácia do jogador, que, embora tenha sido menos reportada ($n=3$), apresentou os mesmos DG e DC . Os demais vieses apresentaram número de conexões menor que 4. Mesmo assim, foram observadas coocorrências entre ancoragem e os vieses de aversão à perda e excesso de confiança. Também existe coocorrência entre excesso de confiança e falácia do jogador. Tais dados indicam que, para os PRO deste estudo, aversão à perda, ancoragem, excesso de confiança, confirmação e falácia do jogador foram os vieses mais relevantes.

Em relação às opiniões dos PESQ, o excesso de confiança e o efeito manada foram os vieses mais reportados ($n=4$). Contudo, o efeito disposição e o excesso de confiança apresentaram o maior número de conexões com os demais vieses reportados ($DG=4$; $DC=0,50$). Embora o efeito manada e a aversão à perda também tenham sido reportados pelos PESQ ($n=4$ e $n=3$, respectivamente), o número de conexões desses vieses foi menor que 4. Ademais, foi observada coocorrência entre excesso de confiança e os vieses aversão à perda e status quo. Também foi observada coocorrência entre ancoragem e o viés de disponibilidade. Esses resultados podem sugerir que, para os PESQ, o efeito manada, excesso de confiança e a aversão à perda podem ser os vieses com maior potencial de influência na TD dos II.

Vieses psicológicos que podem influenciar os PRO nas opiniões dos PESQ, PRO e II (Q02)

No total, os II reportaram 22 termos ($M=1,8$; $DP=1,4$), os PRO 37 ($M=3,0$; $DP=2,9$) e os PESQ 29 ($M=5,6$; $DP=4,2$). Após a remoção dos termos com frequência menor que dois e o agrupamento de termos semelhantes, restaram 8 termos/categorias reportados pelos PESQ, 7 pelos PRO e 6 pelos II. A Tabela 2 apresenta o DG e DC das redes semânticas e as frequências absolutas e relativas dos vieses reportados pelos PESQ, PRO e II. A Figura 2 apresenta as três redes semânticas geradas a partir das respostas dos participantes a respeito dos vieses que podem influenciar os PRO.

Tabela 2 — Descrição dos resultados das redes semânticas (Q02)

Opiniões (PESO) (n=8)	Opiniões (PRO) (n=17)	Opiniões (II) (n=20)	FA (II)	FRL (II)	DG (II)	DC (II)	FA (PRO)	FRL (PRO)	DG (PRO)	DC (PRO)	FA (PESO)	FRL (PESO)	DG (PESO)	DC (PESO)
Ancoragem	Ancoragem	Ancoragem	2	9,1%	2	0,40	4	19,0%*	3	0,50	2	10%*	2	0,29
Efeito manada	Efeito manada	Efeito manada	3	13,6%*	2	0,40	2	9,5%	1	0,17	3	15%*	2	0,29
Aversão à perda	Aversão à perda	—	—	—	—	—	4	19,0%*	3	0,50	2	10%*	3	0,43
Excesso de confiança	Excesso de confiança	Excesso de confiança	—	—	—	—	2	9,5%	1	0,17	5	25%*	4**	0,57
—	Nenhum	Nenhum	6	27,3%*	0	0,00	2	9,5%	0	0,00	—	—	—	—
Excesso de otimismo	—	Excesso de otimismo	2	9,1%	1	0,20	—	—	—	—	2	10%*	2	0,29
—	—	Custos irrecuperáveis	2	9,1%	1	0,20	—	—	—	—	—	—	—	—
Efeito disposição	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	10%*	4**	0,57
—	Falácia do jogador	—	—	—	—	—	2	9,5%	3	0,50	—	—	—	—
—	—	Não	7	31,8%*	0	0,00	—	—	—	—	—	—	—	—
—	Viés de confirmação	—	—	—	—	—	5	23,8%*	3	0,50	—	—	—	—
Viés de disponibilidade	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	10%*	3	0,43
Viés de representatividade	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	10%*	2	0,29
Total			22	100%			21	100%			20	100%		

Notas

PESQ – Pesquisadores

PRO – Profissionais

II – Investidor individual

n – Número de participantes que responderam cada questão

FA – Frequência absoluta

FRL – Frequência relativa

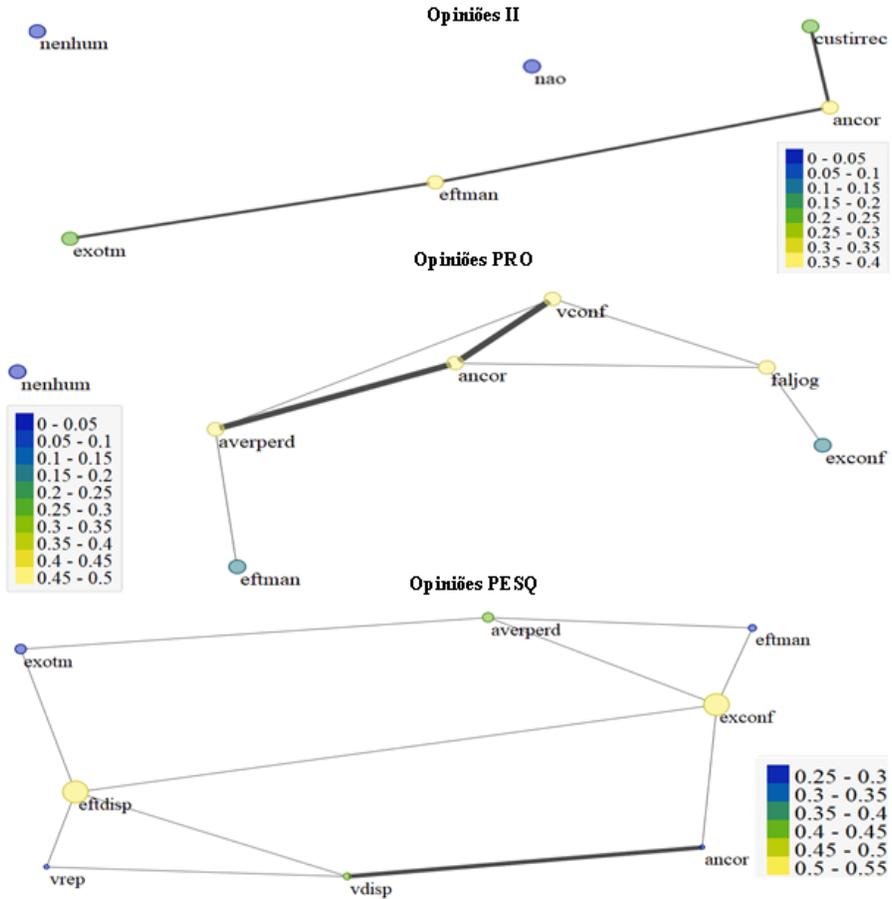
DG – Degree

DC – Degree centrality

* – Frequência relativa ≥ 10%

** – Número de conexões (DG) ≥ 4

Figura 2 — DC das Redes de conexões semânticas sobre os vieses que podem influenciar os PRO (Q02)



Legenda

Ancor – Ancoragem
 AverArrep – Aversão ao arrependimento
 AverPerd – Aversão à perda
 EftMan – Efeito manada
 EftDisp – Efeito disposição
 EftRetro – Efeito retrovisor

ExConf – Excesso de confiança
 ExOtm – Excesso de otimismo
 FalJog – Falácia do jogador
 VConf – Viés de confirmação
 VDisp – Viés da disponibilidade
 VRep – Viés da representatividade

Na rede dos II, o efeito manada foi o viés mais relatado ($n=3$) como potencial influenciador da TD dos PRO e com o maior número ($DG=2$; $DC=0,40$) de conexões com as demais categorias de resposta. Embora tenha sido menos reportado ($n=2$), o viés de ancoragem apresenta o mesmo DG e DC

que o efeito manada. No entanto, nenhum dos vieses reportados apresentou número de conexões maior ou igual a 4. Esse baixo número de conexões pode ser explicado pelo fato de que 30% ($n=6$) dos II afirmaram que nenhum viés é capaz de influenciar a TD dos PRO, e outros 35% ($n=7$) não conheciam vieses psicológicos, cognitivos, emocionais ou comportamentais. Ademais, foram observadas coocorrências entre todos os vieses, possivelmente devido à baixa variabilidade nas respostas (i.e., número de vieses reportados). Esses achados indicam que alguns II tendem a acreditar que os PRO são sempre racionais e imunes aos vieses psicológicos.

Já na rede dos PRO, o viés de confirmação foi o mais reportado ($n=5$). Embora tenham sido menos reportados, os vieses de ancoragem, aversão à perda ($n=4$) e falácia do jogador ($n=2$) apresentaram os mesmos DG ($n=3$) e DC ($n=0,50$) que o viés de confirmação. Contudo, nenhum dos vieses reportados apresentou número de conexões maior ou igual a 4. Destaca-se que dois PRO informaram que nenhum viés é capaz de influenciar os PRO. Ademais, foi observada coocorrência entre o viés de ancoragem e os vieses de aversão à perda e confirmação. Esses resultados indicam que os vieses mais relevantes para os PRO deste estudo foram os de confirmação, aversão à perda e ancoragem.

Em relação à rede dos PESQ, o excesso de confiança foi o viés mais reportado ($n=5$) e com o maior número ($DG=4$; $DC=0,57$) de conexões com as demais categorias de resposta. Embora o efeito manada tenha sido reportado por $n=3$ dos PESQ, ele não apresentou número de conexões maior ou igual a 4. Por outro lado, o efeito disposição, que foi relatado por $n=2$ dos PESQ, apresentou o mesmo DG e DC que o excesso de confiança. Nenhum dos PESQ sugeriu que os PRO não são influenciados pelos vieses psicológicos. Ademais, foi observada coocorrência entre viés de disponibilidade e ancoragem. Esses achados demonstram que, para os PESQ deste estudo, o excesso de confiança, a falácia do jogador e o efeito manada são os vieses mais relevantes.

Principais vieses que podem influenciar os II e PRO (Q01 e Q02)

A Tabela 3 apresenta o DG e DC das redes semânticas e as frequências absolutas e relativas dos vieses reportados por todos os participantes do estudo, sem separação por grupos de respondentes. A Figura 3 apresenta as duas redes semânticas geradas a partir da apreciação do conjunto de todas as respostas fornecidas pelos participantes a respeito dos vieses que podem influenciar os II e os PRO.

Tabela 3 — Descrição dos resultados das redes semânticas sobre os vieses que podem influenciar os II e os PRO

Vieses II (Q01) (n=45)	Vieses PRO (Q02) (n=45)	FA (II)	FRL (II)	DG (II)	DC (II)	FA (PRO)	FRL (PRO)	DG (PRO)	DC (PRO)
Ancoragem	Ancoragem	13	14,6%*	8**	0,53	8	11,0%*	7**	0,50
Aversão à perda	Aversão à perda	13	14,6%*	7**	0,47	7	9,6%	8**	0,57
Custos irrecuperáveis	Custos irrecuperáveis	2	2,2%	3	0,20	4	5,5%	5**	0,36
Efeito manada	Efeito manada	11	12,4%*	5**	0,33	8	11,0%*	5**	0,36
Efeito disposição	Efeito disposição	2	2,2%	4	0,27	2	2,7%	4	0,29
Excesso de confiança	Excesso de confiança	11	12,4%*	8**	0,53	8	11,0%*	6**	0,43
Excesso de otimismo	Excesso de otimismo	3	3,4%	4	0,27	4	5,5%	4	0,29
Falácia do jogador	Falácia do jogador	3	3,4%	4	0,27	2	2,7%	3	0,21
Não	Não	8	9,0%	0	0,00	8	11,0%*	0	0,00
Viés de confirmação	Viés de confirmação	7	7,9%	6**	0,40	5	6,8%	3	0,21
Viés de disponibilidade	Viés de disponibilidade	4	4,5%	3	0,20	3	4,1%	3	0,21
Viés de representatividade	Viés de representatividade	2	2,2%	2	0,13	2	2,7%	2	0,14
Aversão ao arrependimento	—	3	3,4%	1	0,07	—	—	—	—
Efeito retrovisor	—	2	2,2%	2	0,13	—	—	—	—
—	Nenhum	—	—	—	—	8	11,0%*	0	0,00
Status quo	—	3	3,4%	4	0,27	—	—	—	—
—	Viés de conservadorismo	—	—	—	—	2	2,7%	3	0,21
Viés de familiaridade	—	2	2,2%	3	0,20	—	—	—	—
—	Viés de saliência	—	—	—	—	2	2,7%	1	0,07
Total		89	100,0%			73	100,0%		

Notas

PRO – Profissionais

II – Investidor individual

n – Número de participantes que responderam cada questão

* – Frequência relativa ≥ 10%

** – Número de conexões (DG) ≥ 5

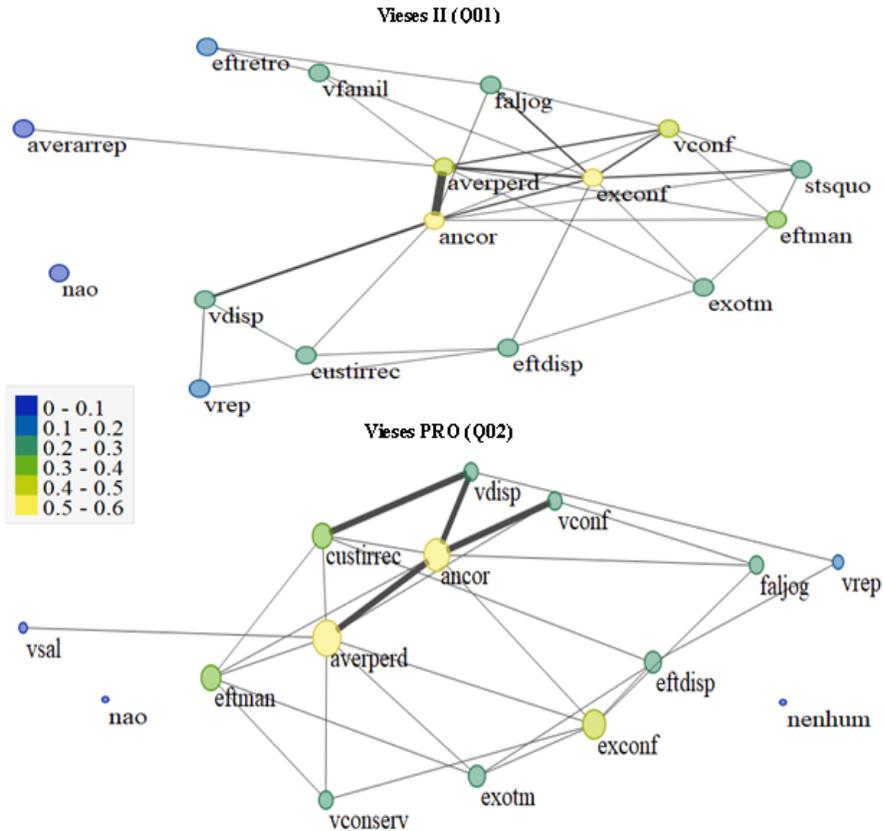
FA – Frequência absoluta

FRL – Frequência relativa

DG – Degree

DC – Degree centrality

Figura 3 — DC das Redes de conexões semânticas sobre os vieses que podem influenciar os II e PRO (Q01 e Q02)



Legenda

Ancor – Ancoragem
AverArrep – Aversão ao arrependimento
AverPerd – Aversão à perda
CustIrrec – Falácia dos custos irrecuperáveis
EftMan – Efeito manada
EftDisp – Efeito disposição
EftRetro – Efeito retrovisor
ExConf – Excesso de confiança

ExOtm – Excesso de otimismo
FalJog – Falácia do jogador
VConf – Viés de confirmação
VConserv – Viés de conservadorismo
VDisp – Viés da disponibilidade
VFamil – Viés de familiaridade
VRep – Viés da representatividade
VSal – Viés da saliência

Embora a maior parte dos vieses psicológicos reportados pelos participantes apareçam em ambas as redes, observam-se algumas discrepâncias no DG, DC e nas coocorrências entre os vieses em cada uma das redes. Quando os participantes responderam sobre quais vieses podem influenciar a TD dos II (Q01), a ancoragem e a

aversão à perda foram os vieses mais relatados ($n=13$). Contudo, ancoragem e excesso de confiança apresentaram o maior número ($DG=8$; $DC=0,53$) de conexões com as demais categorias de resposta, seguidos pelos vieses de aversão à perda ($DG=7$; $DC=0,47$), confirmação ($DG=6$; $DC=0,40$) e efeito manada ($DG=5$; $DC=0,33$). Ademais, embora alguns respondentes ($n=8$) tenham informado que não conheciam vieses psicológicos, nenhum participante reportou que os II são imunes a eles.

Por outro lado, quando questionados sobre quais vieses podem influenciar a TD dos PRO (Q02), a aversão à perda foi o viés mais reportado ($n=13$) e com o maior número ($DG=8$; $DC=0,57$) de conexões com as demais categorias de resposta, seguido por ancoragem ($DG=7$; $DC=0,50$), excesso de confiança ($DG=6$; $DC=0,43$), efeito manada e falácia dos custos irrecuperáveis ($DG=5$; $DC=0,36$). Ademais, 17,8% ($n=8$) dos participantes deste estudo informaram que não conheciam vieses psicológicos, e outros 17,8% acreditam que a TD dos PRO não é influenciada por nenhum tipo de viés psicológico.

Em relação às discrepâncias nas coocorrências, observou-se que na rede sobre os vieses dos II, a ancoragem coocorre com os vieses de aversão à perda, disponibilidade e excesso de confiança; a aversão à perda coocorre com ancoragem, excesso de confiança e viés de confirmação; o excesso de confiança coocorre com aversão à perda, falácia do jogador, ancoragem, status quo e viés de confirmação. Por outro lado, na rede sobre os vieses dos PRO, a ancoragem coocorre com os vieses de confirmação, disponibilidade e aversão à perda; a falácia dos custos irrecuperáveis coocorre com o viés de disponibilidade.

Esses resultados indicam a existência de algumas semelhanças e discrepâncias nas opiniões dos investidores a respeito dos vieses que podem influenciar os II e os PRO. Entre as discrepâncias, destacam-se principalmente o viés de confirmação e a falácia dos custos irrecuperáveis, visto que o primeiro estava entre os vieses mais reportados como potenciais influenciadores da TD dos II e a segunda da TD dos PRO. Já nas semelhanças, embora existam algumas variações no DG e DC, os vieses de ancoragem, excesso de confiança, aversão à perda e efeito manada estavam entre os mais relatados em ambas as redes. Portanto, na opinião dos PESQ, PRO e II deste estudo, tais vieses foram os mais relevantes, tanto na rede dos II, como na dos PRO.

Discussão

Este estudo teve por objetivo investigar a opinião dos PESQ, PRO e II a respeito dos vieses psicológicos que podem influenciar a TD dos II e dos PRO.

Os achados sugerem que, apesar de existirem alguns vieses reportados exclusivamente por determinado grupo de participantes, os vieses de ancoragem, excesso de confiança, aversão à perda e efeito manada foram os mais reportados como influenciadores da TD dos II e dos PRO em todas as redes geradas. Em relação às diferenças encontradas entre as redes, observa-se que, quando as respostas de todos os participantes são analisadas em conjunto, o viés de confirmação aparece entre os vieses psicológicos mais reportados como possíveis influenciadores da TD dos II (Q01), e a falácia dos custos irrecuperáveis, entre os da TD dos PRO (Q02).

Contudo, quando os dados foram analisados considerando os diferentes grupos de participantes, observou-se que a falácia do jogador foi um dos vieses mais reportados pelos PRO como resposta a Q01. Ademais, 35% dos II relataram não conhecer vieses psicológicos. Já na Q02, o viés de confirmação foi um dos mais citados pelos PRO, e a falácia do jogador pelos PESQ. Além disso, 30% dos II afirmaram que nenhum viés psicológico é capaz de influenciar a TD dos PRO.

Esses achados são parcialmente corroborados por estudos nacionais e internacionais, os quais sugerem que os vieses de ancoragem, excesso de confiança, aversão à perda e efeito manada frequentemente influenciam a TD dos II (Baker et al., 2019; Pimenta et al., 2012; Zahera & Bansal, 2018) e dos PRO (Pimenta et al., 2012; Zahera & Bansal, 2018). Por outro lado, os participantes deste estudo não mencionaram alguns dos vieses que são frequentemente reportados na literatura científica como influenciadores da TD dos II e PRO, como, por exemplo, os vieses de ilusão de controle e contabilidade mental (Lather et al., 2020; Zahera & Bansal, 2018).

Além disso, as discrepâncias observadas nas respostas dos II e PRO não são coerentes com os pressupostos das Finanças Comportamentais, sobretudo considerando que todos os seres humanos podem ser influenciados por todos os vieses psicológicos, não existindo vieses exclusivos de II ou PRO (Kahneman & Tversky, 2013). Nesse sentido, existem diversos estudos demonstrando que os vieses de confirmação, falácia do jogador e dos custos irrecuperáveis influenciam tanto os II (Filiz et al., 2018; Lather et al., 2020; Paraboni et al., 2019; Roth et al., 2015) como os PRO (Kudryavtsev et al., 2013; Roth et al., 2015). Entretanto, embora não exista um viés psicológico que influencie exclusivamente a TD dos II ou PRO, existem evidências sugerindo que alguns vieses, como a saliência e o efeito manada, influenciam mais os II, enquanto o excesso de otimismo afeta os PRO (Chaudary, 2019; Jaiyeoba et al., 2020; Prosad et al., 2015). Por outro lado, alguns autores sugerem que os vieses de representatividade, excesso de confiança,

ancoragem e efeito disposição influenciam os II e PRO na mesma intensidade (Jaiyeoba et al., 2020; Prosad et al., 2015).

Apesar da influência de múltiplos vieses na TD, uma revisão bibliométrica evidenciou que, embora as publicações sobre os vieses de excesso de confiança, ancoragem e confirmação estejam crescendo desde 2008, o viés de confirmação é o menos estudado no campo das Finanças Comportamentais (Costa et al., 2017). Por outro lado, em outras áreas do conhecimento (e.g., psicologia, tecnologia da informação, comunicação) as pesquisas sobre a influência do viés de confirmação na população em geral crescem todos os anos desde 2016, ganhando ainda mais força durante o Brexit (Di Domenico et al., 2021) e a pandemia de covid-19 (Ling, 2020). Tal aumento no número de pesquisas sobre o viés de confirmação ocorre principalmente devido à disseminação das *fake news*, visto que indivíduos que sofrem influência desse viés são mais propensos a acreditar em informações que confirmam suas crenças pessoais, independentemente do nível de veracidade da notícia e/ou confiabilidade da fonte emissora (Di Domenico et al., 2021; Ling, 2020).

Nesse sentido, considerando que uma parcela significativa dos participantes deste estudo mencionou a influência do viés de confirmação na TD dos investidores, recomenda-se a realização de novas pesquisas que investiguem a prevalência e influência desse viés na TD dos II e PRO, principalmente considerando o aumento da publicidade (e.g., venda de cursos e carteiras de investimento) direcionada aos investidores nas redes sociais e que os algoritmos utilizados pelas mídias são seletivos, buscando entregar conteúdos, produtos e informações que sejam do interesse do usuário (Zimmer et al., 2019). Com isso, tanto o viés de confirmação como o desconhecimento da influência dos vieses psicológicos na TD podem contribuir para que os II tomem decisões financeiras equivocadas e até mesmo entrem em esquemas de pirâmide (*Ponzi schemes*), principalmente se acreditarem que o produto está sendo ofertado por um PRO (Lewis, 2012), existindo evidências de que os vieses de representatividade, excesso de otimismo e de confiança também influenciam a TD dos II em relação à realização de investimentos em pirâmides financeiras (Hidajat et al., 2020).

Além de preocupante, o fato de 65% dos II deste estudo não conhecerem nenhum tipo de viés ou acreditarem que a TD dos PRO é imune aos efeitos dos vieses psicológicos sugere que alguns II tendem a acreditar que os PRO são dotados de racionalidade ilimitada e detêm todo o conhecimento relacionado aos mercados financeiros (cf. *homo economicus*, em Yoshinaga & Ramalho, 2014). Essa premissa se opõe ao pressuposto da racionalidade limitada defendido pelas Finanças Comportamentais e se alinha com os pressupostos da Teoria Econô-

mica Clássica e da Teoria da Utilidade Esperada (Kahneman & Tversky, 2013; Yoshinaga & Ramalho, 2014). Embora tal hipótese precise ser confirmada por novos estudos que investiguem as opiniões de uma amostra significativa de II e PRO, os resultados deste estudo podem indicar a necessidade do desenvolvimento de cursos e outras intervenções regulatórias ou educativas direcionadas principalmente aos II, sobre FC e a influência dos vieses psicológicos na TD. Tais cursos poderiam ser ofertados pela Comissão de Valores Mobiliários (CVM), visto que o objetivo desse órgão regulador do mercado de capitais brasileiro é justamente promover o equilíbrio entre a iniciativa dos PRO e a efetiva proteção dos II. Além disso, um dos valores da CVM é a utilização da educação financeira como instrumento essencial no fortalecimento do mercado de capitais (CVM, 2020).

Nesse sentido, existem evidências sugerindo que conhecer os vieses psicológicos pode auxiliar em sua identificação e por consequência na formulação de estratégias ativas que visem à redução de sua influência na TD (Kahneman, 2012; Ptaschunder, 2020). Além disso, também existem evidências que indicam a possibilidade de identificar e utilizar alguns dos vieses psicológicos em favor dos investidores, para minimizar as suas perdas e maximizar os seus lucros nos mercados financeiros por meio da utilização de *nudges* (Ptaschunder, 2020).

Tais intervenções poderiam ser desenvolvidas pelas instituições financeiras, como bancos e corretoras de valores, com o intuito de reduzir as decisões equivocadas ou enviesadas dos II, as quais muitas vezes estão associadas a perdas financeiras significativas, que podem resultar no abandono do mercado de renda variável (Chague & Giovannetti, 2020) ou em prejuízos à saúde física e psicológica dos II (Stuckler et al., 2008; Weida et al., 2020; Whitehead & Begeman, 2017). Por esse motivo, existem órgãos reguladores de mercados internacionais que recomendam a mensuração dos vieses psicológicos nos QAPI, utilizados pelas instituições financeiras, para fornecer produtos financeiros adequados ao perfil de cada investidor (Linciano & Soccorso, 2012). Destaca-se que ainda não existe um instrumento validado no Brasil para mensuração dos vieses psicológicos que influenciam a TD dos investidores; é necessário que uma ferramenta assim seja desenvolvida para avaliação das intervenções direcionadas à redução da influência dos vieses. Nesse sentido, em linha com as melhores práticas de construção de instrumentos psicométricos (Boateng et al., 2018), as opiniões fornecidas pelos participantes deste estudo podem ser utilizadas durante o processo de elaboração de medidas psicométricas.

Em relação às coocorrências de termos semânticos, também foram observadas discrepâncias nas coocorrências entre as respostas de cada grupo de par-

participantes. Na Q01, a principal coocorrência nas redes II e PRO ocorreu entre aversão à perda e ancoragem; na rede PESQ, a principal coocorrência foi entre excesso de confiança, aversão à perda e status quo. Também foi encontrada coocorrência de mesma magnitude entre ancoragem e viés de disponibilidade. Já na Q02, foram constadas coocorrências de mesma magnitude entre todos os vieses psicológicos reportados pelos II, possivelmente devido ao baixo número de vieses reportados ($n=5$) e ao fato de que a maior parte dos II reportou não conhecer nenhum viés nem acreditar que os PRO sejam influenciados por eles. Na rede PRO, a única coocorrência evidenciada foi entre o viés de ancoragem e os vieses de aversão à perda e confirmação; na rede PESQ, a única coocorrência foi entre ancoragem e viés de disponibilidade. Por outro lado, quando consideradas as respostas de todos os participantes, a coocorrência de maior magnitude na Q01 foi entre aversão à perda e ancoragem, enquanto na Q02 foram identificadas coocorrências de mesma magnitude entre o viés de ancoragem e os vieses de aversão à perda, confirmação e disponibilidade. Evidencia-se ainda coocorrência entre a falácia dos custos irrecuperáveis e o viés de disponibilidade.

É importante destacar que as coocorrências sugerem somente a proximidade semântica dos termos evocados pelos investidores. Isso significa que, por exemplo, quando os II e os PRO pensam em aversão à perda, também pensam em ancoragem, mas isso não significa que necessariamente os investidores acreditem que exista algum tipo de correlação entre esses vieses. Assim, nossos achados não são corroborados por estudos de correlação, os quais, ao investigarem a TD dos investidores, não costumam identificar correlações significativas entre os vieses de aversão à perda x ancoragem (Baker et al., 2019), disponibilidade x ancoragem (Isidore & Christie, 2019) e entre aversão à perda x excesso de confiança (Baker et al., 2019; Isidore & Christie, 2019). Ressalta-se que não foram localizados estudos que tenham investigado as possíveis correlações entre o viés de aversão à perda e os vieses de confirmação e status quo, o que pode indicar a necessidade de realização de tais pesquisas.

Embora apresentem contribuições ao campo das Finanças Comportamentais, os resultados deste estudo devem ser apreciados considerando algumas limitações. As principais estão relacionadas ao pequeno tamanho amostral, após *drop out* de 59%, o fato de se tratar de uma amostra por conveniência e utilização exclusiva de dados qualitativos. Portanto, embora exista uma tendência dos termos reportados em redes semânticas se repetirem em redes elaboradas a partir de amostras similares (Jo, 2018), os resultados deste estudo não devem ser generalizados ou interpretados como representativos da opinião de todos os participantes do mercado financeiro brasileiro, sendo necessário que outros estudos

com metodologia similar e amostras mais robustas busquem confirmar nossos achados. Além disso, existe discrepância no número de participantes do grupo PESQ em comparação aos grupos PRO e II. No entanto, considerando que todos os participantes do grupo PESQ eram especialistas no campo das FC com título de doutor(a), as opiniões fornecidas por esse grupo de participantes são relevantes e podem ser um recorte representativo dessa população específica, sobretudo, considerando que existem poucos especialistas em Finanças Comportamentais no Brasil.

Outra limitação importante diz respeito à heterogeneidade nos tipos de PRO que participaram deste estudo, sobretudo considerando que cada profissional (agente autônomo de investimentos, analistas, gestores, planejadores) desempenha um papel diferente e tem um relacionamento diverso com os II. Nesse sentido, considerando que os agentes autônomos e os planejadores/educadores financeiros são mais próximos dos II, infere-se que estes profissionais podem fornecer uma visão mais precisa sobre o comportamento dos II, enquanto gestores e analistas fornecem uma opinião mais fidedigna a respeito dos PRO. Neste estudo não foi possível realizar análises controlando por possíveis diferenças nas opiniões desses subgrupos de PRO, devido ao pequeno tamanho amostral. Assim, recomenda-se que, além de utilizar amostras maiores, novos estudos que busquem confirmar nossos achados também avaliem as possíveis diferenças de respostas entre subgrupos de PRO.

Por fim, todos os estudos citados nessa discussão avaliaram a prevalência, intensidade e correlações entre os vieses psicológicos que influenciam os II e PRO, pois, até onde se tem conhecimento, não existem estudos que tenham investigado e comparado as opiniões e/ou o conhecimento dos PESQ, PRO e II sobre a influência dos vieses psicológicos na TD. Assim, recomenda-se a realização de estudos que correlacionem o nível de conhecimento sobre vieses psicológicos com o nível de prevalência e influência dos vieses na TD dos II e PRO, sobretudo considerando que existem evidências de que o letramento financeiro reduz a influência de alguns vieses psicológicos na TD dos investidores (Baker et al., 2019).

Referências

B3 – Brasil Bolsa Balcão (2022). *Perfil pessoas físicas*. https://www.b3.com.br/pt_br/market-data-e-indices/servicos-de-dados/market-data/consultas/mercado-a-vista/perfil-pessoas-fisicas/perfil-pessoa-fisica/ (acessado 02/11/2023)

- Baker, H. K.; Kumar, S.; Goyal, N.; Gaur, V. (2019). How financial literacy and demographic variables relate to behavioral biases. *Managerial Finance*, 45(1), 124-146. <https://doi.org/10.1108/MF-01-2018-0003>
- Boateng, G. O.; Neilands, T. B.; Frongillo, E. A.; Melgar-Quíñonez, H. R.; Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health*, 6, 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Chague, F.; Giovannetti, B. (2020). É possível viver de day-trade em ações? [Day-trading stocks for a living?]. *Revista Brasileira de Finanças*, 18(3), 1-4. <https://doi.org/10.12660/rbfin.v18n3.2020.81949>
- Chaudary, S. (2019). Does salience matter in investment decision? Differences between individual and professional investors. *Kybernetes*, 48(8), 1894-1912. <https://doi.org/10.1108/K-09-2018-0490>
- CVM – Comissão de Valores Mobiliários (2020). *Missão, valores e objetivos estratégicos*. Ministério da Economia. <https://www.gov.br/cvm/pt-br/aceso-a-informacao-cvm/institucional/missao-valores-e-objetivos-estrategicos/> (acessado 02/11/2023)
- Costa, D. F.; Carvalho, F. M.; Moreira, B. C. M.; Prado, J. W. (2017). Bibliometric analysis on the association between behavioral finance and decision making with cognitive biases such as overconfidence, anchoring effect, and confirmation bias. *Scientometrics*, 111(3), 1775-1799. <https://doi.org/10.1007/s11192-017-2371-5>
- De Bortoli, D.; Costa Jr., N. J.; Goulart, M.; Campara, J. (2019). Personality traits and investor profile analysis: A behavioral finance study. *PLOS ONE*, 14(3), e0214062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214062>
- Di Domenico, G.; Sit, J.; Ishizaka, A.; Nunan, D. (2021). Fake news, social media, and marketing: A systematic review. *Journal of Business Research*, 124, 329-341. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.11.037>
- Ferreira, V. R. M. (2008). *Psicologia econômica: Estudo do comportamento econômico e da tomada de decisão*. Elsevier.
- Filiz, I.; Nahmer, T.; Spiwoks, M.; Bizer, K. (2018). Portfolio diversification: The influence of herding, status-quo bias, and the gambler's fallacy. *Financial Markets and Portfolio Management*, 32(2), 167-205. <https://doi.org/10.1007/s11408-018-0311-x>
- Hidajat, T.; Primiana, I.; Rahman, S.; Febrian, E. (2020). Why are people trapped in Ponzi and pyramid schemes?. *Journal of Financial Crime*, 28(1), 187-203. <https://doi.org/10.1108/JFC-05-2020-0093>
- Isidore R., R.; Christie, P. (2019). The relationship between the income and behavioural biases. *Journal of Economics, Finance and Administrative Science*, 24(47), 127-144. <https://doi.org/10.1108/JEFAS-10-2018-0111>

- Jaiyeoba, H. B.; Abdullah, M. A.; Ibrahim, K. (2020). Institutional investors vs retail investors: Are psychological biases equally applicable to investor divides in Malaysia?. *International Journal of Bank Marketing*, 38(3), 671-691. <https://doi.org/10.1108/IJBM-07-2019-0242>
- Jo, T. (2018). *Text mining: Concepts, implementation, and big data challenge*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-91815-0>
- Johnson, D. D. P.; Fowler, J. H. (2011). The evolution of overconfidence. *Nature*, 477(7364), 317-320. <https://doi.org/10.1038/nature10384>
- Kahneman, D. (2012). *Rápido e devagar: Duas formas de pensar*. Objetiva.
- Kahneman, D.; Tversky, A. (2013). Prospect theory: An analysis of decision under risk. In: L. C. MacLean, W. T. Ziemba (Orgs.). *Handbook of the fundamentals of financial decision making: Part I*, p. 99-127. World Scientific. <https://doi.org/10.2307/1914185>
- Kudryavtsev, A.; Cohen, G.; Hon-Snir, S. (2013). 'Rational' or 'Intuitive': Are behavioral biases correlated across stock market investors?. *Contemporary Economics*, 7(2), 31-53. <https://ssrn.com/abstract=2286065> (acessado 02/11/2023)
- Lather, A. S.; Jain, S.; Anand, S. (2020). An empirical examination of the impact of locus of control on investor behavioral biases. *International Journal of Management*, 11(1), 98-107. <https://ssrn.com/abstract=3534507> (acessado 06/10/2021)
- Lewis, M. K. (2012). New dogs, old tricks: Why do Ponzi schemes succeed?. *Accounting Forum*, 36(4), 294-309. <https://doi.org/10.1016/j.accfor.2011.11.002>
- Linciano, N.; Soccorso, P. (2012). Assessing investors' risk tolerance through a questionnaire. *CONSOB Discussion Paper*, nº 4. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2207958>
- Ling, R. (2020). Confirmation bias in the era of mobile news consumption: The social and psychological dimensions. *Digital Journalism*, 8(5), 596-604. <https://doi.org/10.1080/21670811.2020.1766987>
- Mushinada, V. N. C. (2020). Are individual investors irrational or adaptive to market dynamics?. *Journal of Behavioral and Experimental Finance*, 25, 100243. <https://doi.org/10.1016/j.jbef.2019.100243>
- Nofsinger, J. R. (2017). *The psychology of investing*. Routledge.
- Paraboni, A. L.; Campara, J. P.; Costa Jr., N. C. A.; Lima, M. V. A. (2019). Sunk costs: Does group decision make a difference?. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 21(1), 136-151. <https://doi.org/10.7819/rbgn.v21i1.3967>
- Pimenta, D. P.; Borsato, J. M. L. S.; Ribeiro, K. C. S. (2012). Um estudo sobre a influência das características sociodemográficas e do excesso de confiança nas decisões dos investidores, analistas e profissionais de investimento à luz das finanças comportamentais. *REGE – Revista de Gestão*, 19(2), 261-278. <https://www.revistas.usp.br/rege/article/view/49881/>
- Pompian, M. M. (2012). *Behavioral finance and wealth management: How to build investment strategies that account for investor biases*. John Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119202400>

- Prosad, J. M.; Kapoor, S.; Sengupta, J. (2015). Behavioral biases of Indian investors: A survey of Delhi-NCR region. *Qualitative Research in Financial Markets*, 7(3), 230-263. <https://doi.org/10.1108/QRFM-04-2014-0012>
- Puaschunder, J. (2020). *Behavioral economics and finance leadership: Nudging and winking to make better choices*. Springer.
- Roth, S.; Robbert, T.; Straus, L. (2015). On the sunk-cost effect in economic decision-making: A meta-analytic review. *Business Research*, 8(1), 99-138. <https://doi.org/10.1007/s40685-014-0014-8>
- Stuckler, D.; Meissner, C. M.; King, L. P. (2008). Can a bank crisis break your heart?. *Globalization and Health*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1744-8603-4-1>
- Weida, E. B.; Phojanakong, P.; Patel, F.; Chilton, M. (2020). Financial health as a measurable social determinant of health. *PLOS ONE*, 15(5), e0233359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233359>
- Whitehead, B. R.; Bergeman, C. S. (2017). The effect of the financial crisis on physical health: Perceived impact matters. *Journal of Health Psychology*, 22(7), 864-873. <https://doi.org/10.1177/1359105315617329>
- Yoshinaga, C. E.; Ramalho, T. B. (2014). Finanças comportamentais no Brasil: Uma aplicação da teoria da perspectiva em potenciais investidores. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 16(53), 594-615. <https://www.scielo.br/j/rbgn/a/DpWgqKYDSdMdqYM7w9gG9GB/>
- Zahera, S. A.; Bansal, R. (2018). Do investors exhibit behavioral biases in investment decision making? A systematic review. *Qualitative Research in Financial Markets*, 10(2), 210-251. <https://doi.org/10.1108/QRFM-04-2017-0028>
- Zimmer, F.; Scheibe, K.; Stock, M.; Stock, W. G. (2019). Fake news in social media: Bad algorithms or biased users?. *Journal of Information Science Theory and Practice*, 7(2), 40-53. <https://doi.org/10.1633/JISTaP.2019.7.2.4>

Apêndice A

Definição dos vieses psicológicos no contexto de investimentos

Ancoragem – Utilização de preços conhecidos/âncoras para determinar se algo está barato ou caro. Exemplo: Semana passada a ação A custava X, hoje ela custa X-10%, portanto está barata.

Aversão à perda – Tendência a evitar qualquer tipo de perda financeira, mesmo que isso implique em se expor a um risco maior. Exemplo: Preferir manter um investimento que já desvalorizou 10%, mesmo correndo risco de perder mais dinheiro, do que vender e assumir o prejuízo atual.

Aversão ao arrependimento – Tomar decisões por medo do arrependimento. Exemplo: Investir em algo que não conhece bem por temer o arrependimento de ter ficado de fora de uma boa oportunidade.

Confirmação – Valorizar apenas as ideias que confirmam as crenças pessoais e desvalorizar as que se opõem a elas. Exemplo: Tomar como verdade somente informações/notícias que confirmam a opinião prévia sobre determinado investimento e ignorar ou desqualificar as que se opõem.

Conservadorismo – Relacionado com o viés de confirmação: Tendência a superestimar suas opiniões ou previsões anteriores e subestimar novas informações que contradizem a opinião prévia. Exemplo: Resistência frente à necessidade de realizar alterações na carteira de investimentos.

Custo irrecuperável – Relacionada com a aversão à perda: Manter um investimento mesmo após perdas expressivas. Exemplo: Não encerrar ou continuar alocando capital numa posição financeira que já desvalorizou mais de 50%, na tentativa de reduzir o preço médio de custo/prejuízo.

Disponibilidade – Estimar alta probabilidade de ocorrência de eventos tendo por base somente informações/fatos recentes. Exemplo: Li a notícia que uma empresa listada em bolsa faliu; portanto, é muito arriscado investir em ações.

Efeito disposição – Relacionado com a aversão à perda: Comportamento de se expor mais ao risco em caso de perdas e evitar o risco em caso de ganhos. Exemplo: Manter ações que estão com 20% de prejuízo e vender as que têm 5% de lucro.

Efeito manada – Seguir a direção/decisão de um grande grupo de pessoas. Exemplo: Comprar/vender um ativo financeiro somente porque muitos investidores estão comprando/vendendo.

- Efeito retrovisor** – Tomar decisões de investimento tendo como base somente retornos passados. Exemplo: comprar as ações de uma empresa somente porque ela apresentou boa valorização nos últimos meses/anos.
- Excesso de confiança** – Superestimação injustificada de suas habilidades cognitivas e de tomada de decisão. Exemplo: Acreditar que consegue prever desempenhos futuros e/ou que é melhor que a maioria dos investidores.
- Excesso de otimismo/pessimismo** – Visão de mundo excessivamente positiva ou negativa. Exemplo: Acreditar que o desempenho no mercado financeiro será sempre positivo ou negativo.
- Falácia do jogador** – Falha na compreensão da noção de independência estatística: Tendência a calcular a probabilidade de ocorrência de um evento com base no número de desfechos anteriores. Exemplo: Após uma série de desvalorizações seguidas nas ações de uma empresa, passar a acreditar que ocorrerá uma valorização em breve.
- Familiaridade** – Tomar decisões baseadas somente no conhecimento prévio. Exemplo: Investir somente em ações, pois têm familiaridade com esse tipo de investimento.
- Representatividade** – Tomar uma decisão com base em experiências passadas (estereótipos), sem considerar as especificidades da nova situação similar. Exemplo: No passado tive lucro com ações de uma empresa de petróleo, logo empresas desse segmento sempre são um bom investimento.
- Saliência** – Relacionado com a heurística da disponibilidade: Busca atribuir maior peso a informações que são recuperadas mais facilmente. Exemplo: Tomar decisões de investimento com base somente em notícias de um jornal do qual é assinante ou ao qual tem mais acesso.
- Status quo** – Procurar alternativas que não mudem ou que mantenham a situação atual, buscando ficar na zona de conforto. Exemplo: Optar por não investir ou ficar esperando o “momento certo” para começar.

Recebido em 11 de novembro de 2021

Aceito para publicação em 03 de abril de 2023