



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

IAN BANDEIRA DE OLIVEIRA

**PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO FAMILIAR EM UM
CAPS II: UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

Londrina
2026

IAN BANDEIRA DE OLIVEIRA

**PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO FAMILIAR EM UM
CAPS II: UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha “Avaliação Psicológica e Processos Clínicos”.

Orientadora: Profa. Dra. Máira Bonafé Sei

Londrina
2026

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

- O48 Oliveira, Ian Bandeira de.
 Psicodiagnóstico Interventivo Familiar em um CAPS II : Um Estudo Psicanalítico / Ian Bandeira de Oliveira. - Londrina, 2026.
 175 f. : il.
- Orientador: Maíra Bonafé Sei.
 Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2026.
 Inclui bibliografia.
1. Psicologia - Tese. 2. Psicologia Clínica - Tese. 3. Avaliação Psicológica - Tese. 4. CAPS - Tese. I. Sei, Maíra Bonafé . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

IAN BANDEIRA DE OLIVEIRA

**PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO FAMILIAR EM UM CAPS II:
UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha “Avaliação Psicológica e Processos Clínicos”.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **MAIRA BONAFÉ SEI**
Data: 28/02/2026 16:18:06-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Orientadora: Prof. Dra Máira Bonafé Sei.
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Documento assinado digitalmente
 **ENEIDA SILVEIRA SANTIAGO**
Data: 02/03/2026 09:43:25-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Eneida Silveira Santiago
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Documento assinado digitalmente
 **AMANDA LAYS MONTEIRO INÁCIO**
Data: 28/02/2026 18:21:28-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Amanda Lays Monteiro Inácio
Universidade Estadual Paulista - Unesp

Londrina, 27 de fevereiro de 2026.

AGRADECIMENTOS

Alguém que se dedicou a olhar para as relações familiares dos outros não poderia iniciar agradecendo alguém que não fosse a própria família. Foi graças ao incentivo de minha mãe que o desejo pelo conhecimento cultivou-se em mim desde sempre. Ela, que não possui ensino superior, mas é dotada de grande sabedoria, me ensinou a valorizar a educação, meus professores e me fez crer que, seja qual fosse a minha profissão, eu deveria contribuir com o mundo de alguma forma e que o conhecimento me salvaria. Obrigado, “dona Célia”, minha mãe, por ter investido em mim, pelas caronas até o local onde essa pesquisa aconteceu, por respeitar a minha decisão de vida: ser professor/pesquisador e psicólogo. Cedo percebi que essa escolha implica numa série de sacrifícios, incluindo o tempo com os outros, por mais especiais que sejam. Por isso agradeço aos meus tios Andréa e Almir, meu primo Vinicius e minha avó Antônia, por continuarem me amando mesmo quando não estou lá.

A semente do desejo pela vida acadêmica também foi regada por outras mãos. Meus professores, desde os anos iniciais, sempre me influenciaram de alguma forma. E se o mestrado me formou pesquisador/professor, agradeço, especialmente, alguns que me inspiraram e/ou continuam me inspirando:

“Tia” Viviane, minha primeira professora, na pré-escola, por me mostrar que o ambiente escolar era um local tão seguro quanto o berço do meu quarto.

Aliad Barbirato e Denise Sales, professoras de língua portuguesa do fundamental, que me fizeram amar a escrita, a leitura e a fantasia. Mesmo já tendo pensado em cursar letras e desistido da ideia, acabei indo trabalhar com a palavra do mesmo jeito.

Luciano de Vecchi e Louise Zamberlam, meus professores de inglês que também foram meus colegas de trabalho. Ambos exerceram forte influência no meu desejo pela docência, não à toa o meu primeiro emprego, aos dezessete anos, foi dando aula em uma escola de idiomas, o

que foi muito importante para o meu crescimento. Agradeço, ainda, aos meus professores do cursinho, pois vejo que esse estilo de sala de aula é muito necessário para os alunos de hoje.

Ana Alice, Denise Tinoco, Eugênio Canesin Dal Molin, Eric Romero, Heloísa Cambuí, Isabel de Negri Xavier, Mônica Silva e Larissa Amaral, professores da graduação que me marcaram profundamente, seja pelo vasto conhecimento, seja pela postura particular de cada um que reverbera, ainda hoje, no meu ensinar e no meu existir.

À querida Juliana Baracat, docente da UEL, que compartilhou sua sala de aula comigo ao longo do estágio em docência. Além de me identificar muito com seu estilo pessoal e profissional, pude aprender bastante ao longo de suas aulas e perceber que a docência pode ser exercida de forma rigorosa e divertida.

Às professoras componentes da banca, Amanda e Eneida, pelas preciosas contribuições que me ajudaram a lapidar este texto e por se disponibilizarem a participar desta etapa da minha formação. Estendo meus agradecimentos aos professores Rafael, Leandro e Maíra (pelo aprendizado em Preparação Pedagógica), Flavia (pelas generosas palavras ao longo dos Seminários), Katya e Beth (pela amabilidade, prontidão e suporte aos discentes).

Antes de ingressar nesse programa de pós-graduação, já admirava o trabalho que minha orientadora suficientemente boa realizava e, felizmente, pude conhecê-la e ser acompanhado por ela nos últimos dois anos. Agradeço, por fim, a Maíra Bonafé Sei por todos os ensinamentos, pela liberdade de escrita em mim estimulada, pela positiva influência no meu modo de ensinar, enfim, pelo *holding* necessário na relação professor-aluno. Tal processo de orientação foi muito necessário ao meu amadurecimento enquanto sujeito e pesquisador/professor.

Aos meus alunos, que me sacramentam enquanto professor todos os dias e me fornecem, a partir de sua curiosidade, inteligência, comprometimento e criatividade, o combustível necessário para estar nessa profissão. Obrigado por apostarem no meu potencial.

A construção dessa pesquisa e a subsistência deste pesquisador deu-se, também, pelo fomento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), entidade a qual também sou grato.

Agradeço, ainda, àqueles com os quais convivi na rotina dessa pesquisa. Refiro-me ao pessoal do CAPS onde ela ocorreu, dentre os quais cito: Patrícia, Reginaldo, Lis e Amélia, e todos os outros que lá trabalham e que cotidianamente me ofereceram suporte e ambientação para que eu me sentisse parte da equipe. Obrigado por me ensinarem um pouco do árduo trabalho que fazem e por crerem no meu.

Sobretudo, sou grato àqueles que participaram dessa pesquisa, as quatro pessoas que, de maneira muito solícita e corajosa, decidiram se abrir para um estranho e revelar o íntimo de suas histórias e vínculos. Com essas pessoas, aprendi que muito pode ser feito em tão pouco tempo. E espero que para elas tenha sido tão importante estar ali como foi para mim. É o que pretendo demonstrar ao longo deste texto.

*Afinal, faço parte de uma família, e falar dela é falar
um pouco de mim.*

Maria Isabel Godinho Brettas.

Oliveira, I. B. (2026). *Psicodiagnóstico Interventivo Familiar em um CAPS II: Um Estudo Psicanalítico*. 175 páginas. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

RESUMO

No âmbito da Avaliação Psicológica, especialmente no contexto da Psicologia Clínica, o Psicodiagnóstico Interventivo constitui-se como uma modalidade que articula investigação e intervenção de forma concomitante. Dentre suas funções, pode-se destacar a compreensão da dinâmica psíquica e relacional envolvida na queixa apresentada, a formulação de hipóteses diagnósticas, a delimitação da demanda e a indicação de encaminhamentos possíveis, considerando tanto os aspectos individuais quanto os contextuais. Quanto à sua apropriação pela Psicanálise, o Psicodiagnóstico Interventivo é compreendido como um dispositivo no qual a avaliação se articula à compreensão do sofrimento e à construção de sentidos sobre a experiência do paciente, produzindo efeitos clínicos desde os primeiros contatos. Neste contexto, pode-se lançar mão de entrevistas, observações e instrumentos projetivos, a fim de compreender e intervir sobre o funcionamento individual ou familiar. No campo da saúde mental, todavia, o trabalho com a família é muitas vezes secundarizado, embora os vínculos familiares estejam diretamente implicados na constituição e manutenção de muitos sofrimentos psíquicos. Nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico instituídos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, a atenção à família é prevista como parte do cuidado integral, mas ainda pouco sistematizada na prática cotidiana. Assim sendo, este trabalho teve como objetivo investigar o processo do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar com usuários de um CAPS II e seus familiares, de modo a responder à seguinte pergunta: “Afim de contas, quem está doente? O indivíduo ou o grupo?”. Para chegar a essa resposta, o estudo adotou uma metodologia qualitativa, com delineamento em estudo de dois casos, a partir de uma abordagem teórico-clínica fundamentada na Psicanálise. Foram realizados atendimentos com dois núcleos familiares distintos - um casal jovem e uma diáde mãe-filho - vinculados a um CAPS II no interior do Paraná. Os encontros do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar ocorreram por intermédio de entrevistas semidirigidas e por recursos artístico-expressivos, como a linha da vida, o genograma, o espaçoograma e o Arte-Diagnóstico Familiar (ADF), que se mostraram potentes instrumentos de acesso às narrativas individuais e coletivas. Os resultados indicam que todo o processo de pesquisa possibilitou a emergência de conteúdos relevantes sobre o sofrimento psíquico dos participantes, favorecendo a avaliação e intervenção sobre as dinâmicas familiares, bem como a percepção coletiva de que os impasses vividos não se restringiam a um único indivíduo, mas atravessavam os vínculos estabelecidos entre o grupo. A partir do Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico, centrado numa abordagem vincular, pôde-se delinear um enquadre preliminar que evidenciou o que, de fato, precisava ser tratado por cada núcleo familiar, reafirmando a importância da continuidade do cuidado em saúde mental e também a pertinência desse tipo de avaliação.

Palavras-chave: Psicodiagnóstico Interventivo Familiar. CAPS. Psicanálise. Psicanálise de Casal e Família. Recursos artístico-expressivos.

Oliveira, I. B. (2026). *Interventive Family Psychodiagnosis at a CAPS II: A Psychoanalytic Study*. 175 sheets. (Masters Dissertation in Psychology). State University of Londrina, Londrina.

ABSTRACT

In the field of Psychological Assessment, especially in the context of Clinical Psychology, Interventive Psychodiagnosis is a modality that combines investigation and intervention in a concomitant manner. Among its functions, we can highlight the understanding of the psychic and relational dynamics involved in the complaint presented, the formulation of diagnostic hypotheses, the delimitation of the demand, and the indication of possible referrals, considering both individual and contextual aspects. As for its appropriation by Psychoanalysis, Interventive Psychodiagnosis is understood as a device in which assessment is linked to understanding suffering and constructing meaning about the patient's experience, producing clinical effects from the very first contacts. In this context, interviews, observations, and projective instruments can be used to understand and intervene in individual or family functioning. In the field of mental health, however, work with the family is often secondary, even though family ties are directly involved in the constitution and maintenance of much psychological suffering. In Psychosocial Care Centers (CAPS), services that replace the hospital-centered model instituted by the Brazilian Psychiatric Reform, attention to the family is provided as part of comprehensive care, but is still not very systematic in everyday practice. Therefore, this study aimed to investigate the process of Interventive Family Psychodiagnosis with users of a CAPS II (Psychosocial Care Center II) and their families, in order to answer the following question: "After all, who is ill? The individual or the group?". To arrive at this answer, the study adopted a qualitative methodology, with a two-case study design, based on a theoretical-clinical approach grounded in Psychoanalysis. Consultations were held with two different family units - a young couple and a mother-child dyad - linked to a CAPS II in the interior of Paraná. The Interventive Family Psychodiagnosis meetings took place through semi-structured interviews and artistic and expressive resources, such as the lifeline, genogram, spacegram, and Family Art Diagnosis (FAD), which proved to be powerful tools for accessing individual and collective narratives. The results indicate that the entire research process enabled the emergence of relevant content about the participants' psychological distress, facilitating the assessment and intervention of family dynamics, as well as the collective perception that the impasses experienced were not restricted to a single individual but crossed the bonds established between the group. Based on the Psychoanalytic Interventive Psychodiagnosis, focused on a bonding approach, it was possible to outline a preliminary framework that highlighted what, in fact, needed to be addressed by each family unit, reaffirming the importance of continuity of mental health care and also the relevance of this type of assessment.

Keywords: Interventive Family Psychodiagnosis. CAPS. Psychoanalysis. Psychoanalysis with Couples and Families. Artistic and Expressive Resources.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - A extração da pedra da loucura (H. Bosch, 1494).....	31
Figura 2 - O cirurgião (J. S. van Hemessen, 1550).....	32
Figura 3 - Um cirurgião itinerante extraíndo pedras da cabeça de um homem (P. Quast, 1645)	32
Figura 4 - O navio dos loucos (H. Bosch, 1490-1500).....	33
Figura 5 - Hospital Colônia de Barbacena (Luiz Alfredo, 1961).....	35
Figura 6 - Intervenção na “Casa dos Horrores” (Jornal A Tribuna, 1989).....	36
Figura 7 - Pacientes no Ateliê do Hospital Psiquiátrico do Juquery (A. Brill, 1950).....	69
Figura 8 - Algumas obras do Museu de Arte Osório Cesar.....	70
Figura 9 - Freud (I. Csibák, 1994) - Museu de Arte Osório Cesar.....	70
Figura 10 - Atividades no Engenho de Dentro.....	71
Figura 11 - Museu de Imagens do Inconsciente.....	71
Figura 12 - Guerreiro Egípcio (L. Noeman, paciente de Nise, anos 40).....	72
Figura 13 - Linha da vida de Leonardo.....	97
Figura 14 - Linha da Vida de Bárbara.....	97
Figura 15 - Genograma de Bárbara.....	103
Figura 16 - Genograma de Leonardo.....	103
Figura 17 - Linha da vida de Samuel.....	110
Figura 18 - Linha da vida de Francisca.....	110
Figura 19 - Genograma de Samuel (primeira versão).....	115
Figura 20 - Genograma de Francisca (primeira versão).....	115
Figura 21 - Genograma de Francisca (segunda versão).....	116
Figura 22 - Genograma de Samuel (segunda versão).....	117

Figura 23 - Espaço-grama da casa de Francisca e Samuel.....	122
Figura 24 - Desenho livre de Francisca “Meu espaço”	124
Figura 25 - Desenho livre de Samuel “Título: A casa mal-assombrada”.....	124
Figura 26 - Desenho da família (figuras humanas) de Francisca “Minha família”.....	125
Figura 27 - Desenho da família (figuras humanas) de Samuel “Eu amo minha família”.....	126
Figura 28 - Desenho da família (abstrata) de Samuel “Eu amo a minha flor”.....	127
Figura 29 - Desenho da família (abstrata) de Francisca “Pai de todos”.....	127
Figura 30 - Rabisco individual de Francisca “Imaginação”.....	128
Figura 31 - Rabisco individual de Samuel “Um anão com a cabeça gigante”.....	129
Figura 32 - Rabisco de Samuel.....	129
Figura 33 - Rabisco coletivo “A baleia mutante”.....	130
Figura 34 - Último desenho livre de Francisca “Floresta”.....	130
Figura 35 - Último desenho livre de Samuel “Eu sou fã do Roda a Roda Jequiti”.....	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Equipes mínimas nos diferentes CAPS.....	40
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADF	Arte-Diagnóstico Familiar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial I
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial III
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CRP-PR	Conselho Regional de Psicologia do Paraná
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
HC	Hospital de Clínicas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TR	Técnico de Referência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
2.1	A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA	24
2.2	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): HISTÓRIA, CARACTERÍSTICAS E FUNÇÃO	29
2.3	A PSICANÁLISE DE CASAL E FAMÍLIA.....	49
2.3.1	O Projeto de Extensão “Clínica Psicanalítica de Casal e Família na Clínica Psicológica da UEL – Fase 2”	
2.4	O PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO PSICANALÍTICO.....	60
2.4.1	Recursos Artístico-expressivos no Psicodiagnóstico Intervwntivo Psicanalítico ..	68
3	OBJETIVOS	85
3.1	OBJETIVO GERAL	85
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	85
4	PERCURSO METODOLÓGICO	86
4.1	PESQUISA QUALITATIVA	86
4.2	PROCEDIMENTO.....	88
4.3	ASPECTOS ÉTICOS	89
4.4	INSTRUMENTOS	89
4.5	PARTICIPANTES	90
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	92

5	RESULTADOS.....	93
5.1	BÁRBARA E LEONARDO.....	93
5.1.1	Primeiro encontro.....	93
5.1.2	Segundo encontro.....	95
5.1.3	Terceiro encontro.....	98
5.1.4	Quarto encontro.....	101
5.1.5	Quinto encontro.....	104
5.1.6	O desencontro.....	106
5.2	FRANCISCA E SAMUEL.....	106
5.2.1	Primeiro encontro.....	107
5.2.2	Segundo encontro.....	108
5.2.3	Terceiro encontro.....	111
5.2.4	Quarto encontro.....	113
5.2.5	Quinto encontro.....	118
5.2.6	Sexto encontro.....	120
5.2.7	Sétimo encontro.....	125
5.2.8	Oitavo encontro.....	152
6	ANÁLISES.....	136
6.1	BÁRBARA E LEONARDO.....	138
6.2	FRANCISCA E SAMUEL.....	142
6.3	ÚLTIMAS ANÁLISES.....	149
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153

8	REFERÊNCIAS.....	156
	APÊNDICES.....	169
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão para o usuário).....	170
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão para familiares).....	171
	APÊNDICE C – Roteiro de perguntas da entrevista semidirigida.....	172
	APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade e Sigilo.....	173
	ANEXOS.....	174
	ANEXO A – Carta de viabilidade de absorção de demanda para psicoterapia familiar.....	175

1 INTRODUÇÃO

Se essa dissertação data o ano de 2026, o momento fecundo das ideias que o originaram remete a um período anterior; seis anos antes, para ser exato. Eu estava no terceiro ano da graduação em Psicologia, cumprindo um estágio básico cuja prática se deu por meio da realização de triagens num serviço-escola de Psicologia. É possível dizer que nessa ocasião, uma quarta-feira à tarde, realizei meu primeiro atendimento, dada as condições de manejo que tiveram de ser adotadas naquele primeiro e único encontro.

Tratava-se de uma paciente com esquizofrenia, que rompeu totalmente com as expectativas deste pesquisador, que esperava deparar-se com uma situação clínica mais “fácil” para um discente do terceiro ano. Lembro que, enquanto ouvia o seu relato - a descrição de alucinações e delírios de múltiplas ordens -, ocorreu o seguinte pensamento: “Isso, sim, é Psicologia”. Mesmo impactado com o material que ela trazia, descruzei as pernas, coloquei os pés no chão, arrumei minha postura na cadeira e tive certeza de que era aquela atividade que pretendia seguir dali em diante. Desde então, tenho adquirido particular interesse pela clínica dos casos ditos “complexos”.

Nos anos subsequentes, ainda naquele serviço-escola, continuei a selecionar e acompanhar pacientes com quadros psicóticos, especialmente os que foram diagnosticados com esquizofrenia. É fresca na minha memória a imagem da caixa de papelão que guardava as triagens que esperavam um aluno corajoso para as escolher; esses pacientes costumavam ficar esquecidos no fundo, mesmo com a palavra “urgente” escrita em vermelho em cada triagem.

Foram essas pessoas - as que ficavam no fundo da caixa, apartadas, intocadas - que me ensinaram, mais do que qualquer autor ou professor, o que era o ato de clinicar: ser curioso, investigar. Inspirado por esses aprendizados obtidos na faculdade, elaborei, no término da graduação, o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Psicose na situação clínica: teoria e

condução do tratamento em um caso de esquizofrenia” (Oliveira, 2022), que forneceu as motivações para a construção de um projeto de mestrado.

Esse TCC consistia no estudo de caso de Esther, um pseudônimo atribuído a uma paciente com esquizofrenia que atendi no quinto ano da graduação. Comparo sua importância para mim com a função de Anna O., paciente relatada nos Estudos sobre a histeria, para Sigmund Freud, cujo atendimento levou o pai da Psicanálise a robustecer seu método. Em tratamento naquele serviço-escola há cerca de vinte anos, notou-se que as informações trazidas por meio do discurso eram sempre as mesmas, o que fazia os terapeutas anteriores se sentirem cansados de atendê-la e constantemente repassarem o caso de mão em mão, deixando sua história cada vez mais fragmentada.

Foi então que, junto à minha supervisora da época, Larissa Amaral, pensamos em diversificar o atendimento com Esther por meio do uso de determinadas ferramentas que fugiam da comunicação exclusivamente verbal. O motivo disso encontrava-se no discurso desorganizado, que repetia-se com frequência, e pelo entorpecimento que os vários medicamentos lhe causavam. Durante alguns encontros, foram propostas técnicas como o Desenho-Estória (Trinca, 2013) e outros métodos projetivos como o *House-Tree-Person* (HTP) (Buck, 2003) e as Pirâmides Coloridas de Pfister (Villemor-Amaral, 2005), que permitiram ao terapeuta acessar informações sobre a história de vida pregressa dessa paciente que até então ninguém havia tido acesso, o que contribuiu para que, nos meses em que estivemos juntos, o quebra-cabeça de sua história pudesse ir se compondo.

Logo, no trabalho mencionado, verificou-se, dentre alguns resultados, que o uso desse tipo de recurso gráfico, além desse tipo de intervenção circunscrita temporalmente, poderia favorecer o estabelecimento de um outro modo de se comunicar e investigar esses “casos complexos”. Ademais, notava-se como a participação familiar da paciente atendida naquela unidade teria muito a contribuir para o tratamento ofertado a ela na modalidade individual.

Infelizmente, por limitações no enquadre, não foi possível naquele ano convocar os membros de sua família, aos quais Esther atribuía a possibilidade de manifestarem alguma questão de saúde mental não tratada. Percebia-se, desse modo, que a dinâmica familiar daquela paciente interferia demasiadamente em seu adoecimento, mas ela era a única a procurar ajuda.

Sabendo da proposta de trabalho daquela que orienta essa dissertação, o pesquisador, diante dessas motivações, encontrou a oportunidade de não apenas investigar esse tipo de dinâmica familiar - a desse paciente dito “complexo”, “urgente”, que por vezes mascara outros adoecimentos na família -, além de realizar alguma intervenção que viesse a contribuir para a homeostase do grupo. Em decorrência disso, procurei, num primeiro momento, um Hospital de Clínicas (HC) vinculado a uma universidade pública no Paraná. Foi no Setor de Psiquiatria, especialmente no Ambulatório de Psicoses, que primeiramente compartilhei minhas ideias aos médicos residentes, que de imediato demonstraram entusiasmo tanto pela proposta, quanto pela perspectiva psicanalítica que embasa o trabalho desse jovem pesquisador.

O médico-chefe do Ambulatório, que posteriormente tornou-se um grande colega de trabalho e fonte de admiração por seu trato com os pacientes psiquiátricos, abriu a possibilidade de o pesquisador frequentar as reuniões de equipe, onde os casos eram discutidos, convocando esse psicanalista também a participar das discussões, trazer seus pontos de vista e selecionar os casos que julgasse interessantes à pesquisa. No decorrer dos meses de permanência nesse Ambulatório, notou-se que: a) havia uma demanda manifesta de usuários que traziam ao serviço queixas de ordem familiar; b) muitos familiares, os principais acompanhantes desses pacientes, também solicitavam algum tipo de ajuda; c) os encontros que a pesquisa buscava oferecer teriam muito a contribuir para com o tratamento individual desses sujeitos, em paralelo ao acompanhamento médico e psicofarmacológico.

Não obstante essas condições, alguns impeditivos foram constatados, entre os quais salienta-se: a) o espaçamento temporal para as idas desses pacientes até esse HC; b) a falta de

um espaço dentro da instituição para que o pesquisador pudesse receber os participantes interessados; c) uma forma de vínculo muito específica que esses pacientes do HC tinham para com a instituição - um vínculo efêmero, pulverizado.

Levanta-se a questão de como, no HC, a lógica hospitalar tende a empurrar o sujeito a circular por corredores e setores onde o cuidado é diluído, o acolhimento quase inexistente e a escuta, muitas vezes, substituída pela burocracia. Ainda que a passagem por esse local tenha sido breve, demonstrou-se suficiente para evidenciar o quanto, em alguns contextos da saúde, o cuidado se dilui entre encaminhamentos, filas de espera e setores; é preciso se achar sozinho, seguir linhas no chão, relacionar-se com diferentes profissionais, uma vez a cada três meses ou mais.

Diante desses fatos, percebeu-se a necessidade de migrar a proposta para um local em que os sujeitos da pesquisa tivessem, de fato, uma presença estabelecida, um lugar de convivência, de vinculação e identificação. Desse modo, o pesquisador realizou movimentos até encontrar num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), especialmente um CAPS II, o espaço profícuo para receber suas ideias. É cabível pontuar que esse foi o primeiro contato deste pesquisador com tal serviço. Até o dia da primeira visita nesse CAPS II, o pesquisador imaginou que iria se deparar com um local frio, paredes brancas e salas herméticas. O que encontrou foi, na realidade, um espaço recém-inaugurado, colorido, com grama na entrada e um jardim de inverno próximo à recepção. Encontrou uma instalação muito bem equipada e uma equipe muito receptiva às ideias de um mestrando.

O primeiro contato com a equipe deu-se na reunião multidisciplinar, numa segunda-feira, às 12:00, horário em que os técnicos (profissionais de diferentes formações) se reúnem para realizar as discussões de casos. Ali, o pesquisador pôde observar o trabalho cotidiano do serviço e notar a importância da multidisciplinaridade no atendimento aos usuários, além da nítida demanda de acolher a família, o principal grupo de referência daqueles que frequentam

o CAPS.

Salienta-se que, nesse referido CAPS II, localizado numa cidade do norte do Paraná, o pesquisador percebeu maior viabilidade para iniciar suas intervenções. O motivo disso, comparando à experiência no HC, está na outra forma de vinculação que esses usuários possuem com o serviço. No CAPS, vemos um cuidado mais integral, recorrente, onde há uma equipe de referência com quem os sujeitos constroem um laço possível e um equipamento, em se tratando de seus aspectos físicos, que remete à ideia de casa.

Logo, para se familiarizar com o contexto do CAPS até então desconhecido, o pesquisador, além das visitas presenciais, iniciou levantamento bibliográfico acerca da temática, investigando trabalhos que englobassem “CAPS” e “família”. Observou-se que, apesar de as práticas com famílias estarem ganhando espaço nas discussões sobre saúde mental, impulsionadas pelo reconhecimento de que o cuidado não se faz sem a participação ativa dos vínculos familiares, é constatado um cenário ainda tímido no que diz respeito às produções voltadas à intervenção familiar nos CAPS (Oliveira & Sei, 2024). Isso nos conduz ao seguinte questionamento: essas práticas são realmente escassas ou será que, no cotidiano dos CAPS, os profissionais têm encontrado dificuldades para registrá-las e compartilhá-las?

Nesta direção, a literatura sobre a organização dos serviços de saúde mental no Brasil tem indicado que os CAPS operam sob condições estruturais marcadas pela insuficiência de recursos humanos, materiais e financeiros, o que incide diretamente sobre a capacidade de resposta às demandas territoriais. Uma revisão sistemática sobre a avaliação de serviços em saúde mental evidencia que limitações no financiamento, fragilidades na gestão e ausência de mecanismos consistentes de monitoramento comprometem a efetividade do cuidado ofertado, configurando um cenário de sobrecarga institucional que atravessa a Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS (Costa, Colugnati & Ronzani, 2015).

A RAPS é uma estratégia do Sistema Único de Saúde instituída pelo Ministério da

Saúde com a finalidade de organizar e integrar ações e serviços destinados à atenção às pessoas com sofrimento psíquico ou com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Seu objetivo consiste em assegurar atenção integral, contínua e articulada, orientada pelo cuidado no território e pela promoção da cidadania. Sua composição se dá por diferentes pontos de atenção, incluindo a Atenção Primária à Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de urgência e emergência, as unidades de acolhimento, os leitos em hospitais gerais e os dispositivos de reabilitação psicossocial, buscando garantir acesso, continuidade do cuidado e articulação entre os serviços da rede (Brasil, 2025).

No âmbito específico dos CAPS, relata-se que a alta demanda cotidiana, associada à escassez de profissionais, impõe restrições concretas à sustentação de práticas clínicas continuadas. Um estudo desenvolvido em um CAPS Álcool e Drogas (ou AD) aponta que a sobrecarga das equipes e a instabilidade das condições de trabalho dificultam a manutenção de intervenções prolongadas, exigindo reorganizações frequentes do processo assistencial (Sousa et al., 2023). De modo convergente, uma investigação voltada à construção coletiva de indicadores em CAPS destaca que a ausência de parâmetros sistematizados de avaliação limita o planejamento do cuidado e a racionalização do uso dos recursos disponíveis diante da demanda crescente (Rossi, Paula & Israel, 2023).

Em uma perspectiva mais ampla sobre o sistema de saúde brasileiro, uma análise recente sobre desafios e avanços da saúde no país assinala que o subfinanciamento estrutural e as desigualdades regionais impactam diretamente a capacidade de resposta da RAPS, intensificando a pressão sobre serviços comunitários como os CAPS (Pimentel et al., 2023). Tal cenário é esmiuçado por um estudo que examina os efeitos da regionalização da atenção psicossocial, indicando que a ampliação da cobertura territorial nem sempre é acompanhada da expansão proporcional de recursos humanos e materiais, o que acentua a sobrecarga dos serviços (Santos et al., 2025). Por fim, evidencia-se que a insuficiência de equipes, a

rotatividade profissional e as dificuldades de formação continuada constituem entraves persistentes para a consolidação do cuidado em saúde mental (Guimarães et al., 2025).

Assim, à luz dessas contribuições mais atuais, compreende-se que a adoção de intervenções breves no contexto dos CAPS não decorre apenas de uma opção técnica, mas se inscreve como uma resposta possível às condições concretas de funcionamento dos serviços, atravessadas pela alta demanda e pela escassez de recursos, como explicitado acima. Outrossim, esta pesquisa se produz num momento muito profícuo, já que presenciamos uma crescente circulação de conteúdos sobre o CAPS nas redes sociais e na cultura popular, incluindo a memetização, o que indica, por um lado, a popularização desse serviço de saúde mental no imaginário social. Por outro, tal visibilidade evidencia a persistência de compreensões estereotipadas, julgamentos e estigmas relacionados à “loucura” e às práticas de cuidado destinadas a esse público, situação essa denunciada pelo próprio Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-PR), em uma de suas campanhas recentes (CRP-PR, 2025).

Exposto esse cenário de justificativas, compreende-se que a presente pesquisa apresenta potencial não apenas para contribuir com a produção de conhecimento sobre intervenções possíveis com famílias no contexto do CAPS, como o Psicodiagnóstico Interventivo, mas também para tensionar e atualizar as formas instituídas de cuidado, de modo que se tornem mais compatíveis com as condições concretas de funcionamento desses serviços e mais aderentes às necessidades efetivamente apresentadas por seus usuários.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA NO BRASIL

A formação em Psicologia no Brasil é resultado de um processo histórico marcado por disputas epistemológicas, rearranjos institucionais e demandas sociais em permanente transformação. Estudos apontam que antes mesmo de sua institucionalização formal, já circulavam no Brasil ideias psicológicas vinculadas sobretudo à Medicina, à Educação e à Filosofia, em um período marcado por forte dependência de matrizes europeias e estadunidenses, e por demandas sociais ainda difusas quanto à especificidade desse saber (Alberti, 2004; Jacó-Vilela, 2012). O período situado entre as décadas de 1930 e 1960 revela-se decisivo nesse processo. Antunes et al. (2006) identificam esse intervalo como um momento de consolidação, caracterizado pela intensificação do ensino sistemático, pela ampliação da produção científica e pela organização dos primeiros campos de aplicação profissional.

Esse movimento de expansão institucional e de busca por legitimidade culminou no reconhecimento jurídico da profissão, por intermédio da promulgação da Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que constituiu o marco fundamental ao dispor sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamentar o exercício profissional no país (Brasil, 1962). A lei estabelece que a formação deveria ocorrer nas Faculdades de Filosofia, prevendo diferentes titulações (bacharelado, licenciatura e psicólogo) e definindo atribuições profissionais específicas. Entre elas, destacam-se o diagnóstico psicológico, a orientação e seleção profissional e a orientação psicopedagógica. Mesmo representando um avanço significativo ao conferir estatuto legal à profissão, o texto legal expressa uma concepção de formação fortemente marcada por seu contexto histórico, com ênfase técnico-funcional e campos de atuação relativamente delimitados.

Vê-se que, nas décadas seguintes, a Psicologia brasileira passa por um processo de expansão acelerada, acompanhado por transformações profundas nos modos de inserção profissional. Jacó-Vilela (2021) observa que, a partir do final do século XX, o campo psicológico amplia significativamente seus espaços de atuação, perpassando as políticas públicas, instituições de saúde, educação e assistência social. Como exemplo disso, o Conselho Federal de Psicologia reconhece hoje uma série de especialidades no âmbito de nossa área, sendo elas: Psicologia Escolar e Educacional, Psicologia Organizacional e do Trabalho, Psicologia de Tráfego, Psicologia Jurídica, Psicologia do Esporte, Psicologia Clínica, Psicologia Hospitalar, Psicopedagogia, Psicomotricidade, Psicologia Social, Neuropsicologia, Psicologia em Saúde e Avaliação Psicológica (CFP, 2022a).

Haja vista a pluralidade de atuações supracitadas e aquelas que ainda buscam ser reconhecidas como tal, além das particularidades que atravessam a realidade brasileira, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de Psicologia oferecem um marco de referência para pensarmos a formação profissional. As DCNs vigentes (Brasil, 2023) partem do reconhecimento de que a Psicologia se exerce em contextos marcados por determinantes históricos, sociais, culturais e institucionais, o que exige uma formação generalista, crítica e eticamente orientada. O artigo 2º, especialmente, estabelece que a graduação deve assegurar o desenvolvimento de competências e habilidades que possibilitem ao egresso compreender e intervir nos fenômenos psicológicos considerando suas dimensões individuais e coletivas, bem como suas articulações com as políticas públicas e os diferentes campos de atuação do psicólogo.

Ainda assim, observa-se que persiste, em muitos contextos formativos, um apego a modelos tradicionais, nos quais a clínica permanece como referência predominante, frequentemente concebida de modo restrito, o que se choca com a proposta formativa mais ampla e integrada preconizada pelas diretrizes atuais (Souza-Filho et al., 2023; Miranda,

Pedroza & Santos, 2025; Bado et al., 2025). Os dados do Censo da Psicologia Brasileira reforçam empiricamente essa discussão e, embora a Psicologia Clínica permaneça como área predominante de atuação, os levantamentos indicam uma expressiva diversificação nos campos profissionais, com presença significativa da Psicologia em políticas públicas, instituições de saúde, educação, assistência social e outros espaços coletivos (Conselho Federal de Psicologia, 2022b; 2022c)

Quanto à formação em Psicologia, Lima (2020) verifica um distanciamento entre os conteúdos teóricos e as demandas concretas dos profissionais e dos serviços onde se exerce a ciência psicológica, indicando uma desarticulação entre a formação acadêmica e a realidade da atuação profissional. Nesse contexto, os serviços-escola consolidam-se como importantes dispositivos de formação, uma vez que promovem a articulação entre ensino, prática e compromisso social. Conforme Amaral et al. (2012), sua finalidade pode ser compreendida a partir de duas dimensões: porque constituem espaços de treinamento supervisionado, nos quais os estudantes aplicam e aprofundam os referenciais teóricos trabalhados em sala de aula, e, simultaneamente, pois ofertam atendimento psicológico à população, especialmente a segmentos socialmente vulnerabilizados. Considera-se que tal dinâmica favorece a formação de profissionais qualificados, capazes de desenvolver práticas sensíveis às transformações sociais, políticas e culturais contemporâneas, em consonância com o que já indicava Herzberg (1999), fortalecendo a inserção crítica da Psicologia na realidade brasileira.

No que concerne à Psicologia Clínica, especificamente, Simon (2019) tece críticas à formação dos psicoterapeutas no Brasil, que, segundo ele, tem se apoiado predominantemente em referenciais estrangeiros, em detrimento da construção de modelos mais afinados com o contexto sociocultural brasileiro. Simon argumenta que “se quisermos ser coerentes com nossa realidade, temos de formar psicoterapeutas para atender a 99,5% de nossa população” (p. 33) e chama a atenção para alguns aspectos desse cidadão que:

[...] tem que resolver como fazer para o dinheiro chegar até o fim do mês. Para matar a fome da família, para comprar cachaça, cigarro, ir ao futebol e ainda sobrar algum para comprar remédio ou pagar uma conta atrasada. O homem brasileiro tem de pensar em como fazer para não perder o emprego, como arranjar mais um dinheirinho para a despesa do filho que vai nascer, para alojar o parente que vem do interior. A mulher brasileira tem de pensar em tudo isso que o homem pensa, e ainda arranjar paciência para aguentar o marido bêbado, irritado e briguento, que olha para os filhos como se fossem bichos, e geralmente os agride quando lhe criam problemas. Essa mulher brasileira, além de tudo, tem de se preocupar com o filho que vai mal na escola, que se perde na rua brincando com os moleques, e assim por diante. Essa criança brasileira que tem pais tão ocupados, que mal têm tempo para enxergá-la. Pais que fazem tantos filhos; que abandonam tanto o lar. E criança com tanto irmão, tanto pai diferente, não conta com um adulto que possa atendê-la com paciência e carinho. Esse homem, essa mulher e essa criança brasileira, de braços com uma realidade apenas esboçada nesse breve relato, não têm condições intelectuais e emocionais para aproveitar de uma psicoterapia reconstrutiva nos moldes habituais, ainda que fosse possível obtê-la. Concluímos que o psicoterapeuta recebe uma formação que não atende à realidade brasileira (Simon, 2019, p. 33-34).

Em vista disso, as transformações contemporâneas no campo da saúde mental evidenciam os limites da clínica tradicional, a qual mostra-se insuficiente para responder às múltiplas realidades, territórios e formas de sofrimento presentes na atualidade. Nesse cenário, torna-se necessária a revisão dos modos de condução da prática clínica e a ampliação dos dispositivos de atendimento, de modo que diferentes contextos, demandas e recortes temporais possam ser considerados no cerne das várias abordagens teóricas.

Acerca da especificidade da Psicanálise, pode-se afirmar que, embora fundada nas diretrizes técnicas formuladas por Freud a partir do atendimento individual de pacientes neuróticos, é um corpus teórico-prático que não se constituiu como um modelo rígido ou fechado. Desde seus primórdios, ela demonstra capacidade de atualização frente às transformações da vida social e às diferentes configurações do sofrimento psíquico. As condições clínicas contemporâneas, especialmente as psicoses, evidenciam limites do enquadre clássico e convocam o clínico a operar ajustes técnicos compatíveis com as necessidades do paciente e com os contextos em que o cuidado se realiza. Nessa perspectiva, a prática psicanalítica tem o potencial para ultrapassar o consultório tradicional e se estender aos mais diversos dispositivos de saúde (Oliveira, Pierangeli & Sei, 2025). Por isto, a Psicanálise,

[...] hoje, é cada vez mais convocada a sustentar teórica e clinicamente sua intervenção em campos socialmente mais amplos, tanto em termos de extensão econômica da população atendida, quanto em termos de quadros clínicos que se apresentam de modo muito mais frequente no campo das instituições públicas (de saúde, de reabilitação, entre outras) do que no consultório privado (Alberti & Elia, 2000, p. 35).

Face a esses argumentos, temos noticiado modulações no enquadre que demonstram-se particularmente úteis. Propostas como a psicoterapia de apoio (Freitas & Jung, 2015) e a psicoterapia breve de orientação psicanalítica (Braier, 2000; Hegenberg, 2020) apontam para intervenções circunscritas no tempo, porém teoricamente fundamentadas e clinicamente consistentes. De forma semelhante, o plantão psicológico, que configura-se como um dispositivo voltado às urgências subjetivas, amplia o acesso ao cuidado psicológico (Daher et al., 2018). Modalidades estas que encontram respaldo na perspectiva freudiana que, já em 1919, indicava a necessidade de ampliar o alcance da Psicanálise extramuros, tornando-a acessível a um público mais amplo sem que isso implicasse a perda de seus fundamentos éticos e técnicos (Freud, 1919/2010).

Dado esse panorama, a formação em Psicologia (e também em Psicanálise), em se tratando de processos clínicos, vem sendo convocada a produzir práticas que não se restrinjam aos modelos tradicionais, mas que sejam capazes de operar em contextos diversos, atravessados por demandas que emergem no social, onde impõem-se exigências que inspiram outros dispositivos, outras leituras e outros modos de intervenção. Faz-se urgente, ainda, “possibilitar a formação de sujeitos interessados em construir um projeto científico-profissional comprometido com a efetivação do SUS” (Motta & Carvalho, 2015, p. 84). E é nesse horizonte que se abre a necessidade de examinar, com maior atenção, espaços nos quais a Psicologia está convocada a reinventar seus modos de presença e atuação, a exemplo do Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS, contexto no qual essa pesquisa se inscreve.

2.1 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): HISTÓRIA, CARACTERÍSTICAS E FUNÇÃO

“Nada tenho que ver com a ciência; mas, se tantos homens em quem supomos são reclusos por dementes, quem nos afirma que o alienado não é o alienista?”

Machado de Assis

Início a presente discussão dedicando-me à compreensão do local que abrigou a pesquisa que aqui se desdobra. É digno, antes de tudo, reconhecer que tal estrutura - o modelo de atenção psicossocial como hoje conhecemos - não emergiu do vazio, mas se situa numa longa trajetória histórica de gerenciamento daquilo que vulgarmente a história denominou como “loucura”, e que hoje optamos por nos referir como “adoecimento psíquico”, “transtornos mentais”, entre outros. Cumpre assinalar que não se pretende, no âmbito deste trabalho, empreender um exame aprofundado da história da loucura, tema amplamente desenvolvido por diversos autores. Busca-se apenas destacar alguns elementos que contribuam para a

compreensão do surgimento e da caracterização do serviço, situando o leitor no campo desta pesquisa.

A história indica que entre a Idade Média e o Renascimento, a loucura ocupava um lugar ambíguo na vida social. Ela circulava nos espaços públicos, aparecia nas artes, nos rituais e nas narrativas morais, sem estar submetida a um saber médico sistematizado. Não se tratava ainda de um objeto clínico claramente delimitado, mas de uma experiência que fazia parte do cotidiano, ora associada à verdade, ora à crítica, à comédia, à maldição ou à desrazão. Essa difusão de sentidos e a ambiguidade no trato para com esses sujeitos impediu que recebessem o tratamento adequado (Araújo & Sugizaki, 2024), não à toa é recorrente na história procedimentos nocivos como “a extração da pedra da loucura”, uma incisão no crânio para remover do cérebro o que poderia ser a fonte dessa perturbação. Esse fenômeno foi bastante retratado na arte, como exemplificado nas obras a seguir.



Figura 1 - A extração da pedra da loucura (H. Bosch, 1494).



Figura 2 - O cirurgião (J. S. van Hemessen, 1550)



Figura 3 - Um cirurgião itinerante extraindo pedras da cabeça de um homem (P. Quast, 1645)

A partir dos séculos XVII e XVIII, instituiu-se um amplo movimento de internação de diferentes figuras consideradas indesejáveis. Foucault (1961/2019) demonstra que, após o desaparecimento da lepra, o aparato de isolamento edificado para os leprosos continuou existindo, porém aplicado a novos “alvos”, como pobres, desocupados e sujeitos considerados insensatos ou loucos. Essa transferência de exclusão manteve o princípio de que determinados corpos não poderiam circular entre os demais, preservando intacta a lógica do confinamento e da vigilância. A sociedade não se perguntava sobre sofrimento ou tratamento, apenas sobre o destino dos desviantes. A loucura foi, então, administrada como elemento perturbador da ordem, o que motivou o envio dos loucos para fora dos limites das cidades, isolados, silenciados e afastados da experiência comum.



Figura 4 - O navio dos loucos (H. Bosch, 1490-1500)

A emergência da psiquiatria, no século XIX, reorganizou esse processo sob uma linguagem científica. A loucura passou a ser definida como doença mental, e o hospital

psiquiátrico se afirmou como espaço privilegiado de tratamento dessa condição. Contudo, como indicam as análises históricas, a medicalização não rompe de forma radical com as práticas anteriores de exclusão. Ao contrário, muitas das lógicas de confinamento, vigilância e normalização são mantidas, agora legitimadas por um discurso técnico-científico. A psiquiatria herda, assim, não apenas os espaços do internamento, mas também as relações de poder que os sustentavam (Frayze-Pereira, 1985; Caponi, 2012).

Conforme analisado por Caponi (2012), a psiquiatria amplia progressivamente seu campo de atuação e deixa de se ocupar apenas dos quadros de loucura mais evidentes. A partir da noção de degeneração, determinados comportamentos, hábitos e modos de vida passam a ser interpretados como sinais de risco ou de predisposição ao adoecimento psíquico. Com isso, a intervenção psiquiátrica ultrapassa o espaço do hospital e passa a incidir sobre o cotidiano, orientando práticas que se apresentam como preventivas ou corretivas. Esse movimento contribui para que a loucura deixe de ser compreendida como um fenômeno restrito e passe a integrar formas mais amplas de regulação da vida social, nas quais a norma funciona como referência para definir o que deve ser tratado, ajustado ou controlado (*ibidem*).

No interior dessas instituições, os efeitos subjetivos do confinamento tornaram-se evidentes. As análises sociológicas mostram que o hospital psiquiátrico operava como uma instituição total, na qual os indivíduos eram separados do mundo exterior e submetidos a rotinas rígidas, alterando profundamente sua identidade e suas relações. A vida nessas instituições culmina, por vezes, em processos de mortificação do eu, no apagamento da singularidade, reforçando a condição de exclusão social associada à loucura (Goffman, 1974).

No Brasil, essas heranças se materializaram de forma contundente no modelo manicomial, em que as internações “ocorriam de forma automática e arbitrária, ou seja, uma verdadeira autorização de sequestro, privando o paciente de liberdade, mantendo-o em cativeiro” (Figueiredo, Delvati & Tavares, 2014, p. 128). Durante décadas, os hospitais

psiquiátricos funcionaram como espaços de segregação, marcados por internações prolongadas, violência institucional e ausência de projetos terapêuticos que considerassem a história, os vínculos e o contexto de vida dos sujeitos. A loucura foi tratada como algo a ser isolado do convívio social, produzindo trajetórias de exclusão e sofrimento que frequentemente se estendiam por toda a vida.



Figura 5 - Hospital Colônia de Barbacena (Luiz Alfredo, 1961)

As críticas a esse modelo passaram a ganhar força a partir da década de 1970, em diálogo com movimentos internacionais e com o contexto político de redemocratização do país. Profissionais, usuários e familiares passam a denunciar as condições dos hospitais psiquiátricos

e a questionar o caráter asilar da assistência que era fornecida. Esse movimento se articula à Reforma Sanitária brasileira, que propunha a reorganização do sistema de saúde a partir da defesa da saúde como direito social e da ampliação da participação popular nas políticas públicas (Amarante, 1998; Hirdes, 2009).



Figura 6 - Intervenção na “Casa dos Horrores” (Jornal A Tribuna, 1989)

A Reforma Psiquiátrica brasileira se constitui nessa atmosfera como um processo político, social e técnico, orientado pela crítica ao modelo hospitalocêntrico e pela defesa do cuidado em liberdade. Inspirada por experiências internacionais e por marcos normativos e político-institucionais que afirmavam a necessidade de superar o manicômio como eixo da atenção em saúde mental, a reforma propôs a construção de uma rede de serviços territorializados, articulados à comunidade e voltados à reinserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico grave. Trata-se de um movimento que não se limitou à substituição de

serviços, mas que buscou redefinir o lugar social da loucura (Amarante, 1998; Amarante & Nunes, 2018).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), formalizada na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), oferece o arcabouço legal para essa transformação. Ao estabelecer os princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS possibilita a construção de políticas públicas que reconhecem a complexidade dos processos de saúde e adoecimento. No campo da saúde mental, isso se traduz na valorização do território, da articulação em rede, da atenção básica e da construção coletiva dos projetos de cuidado (Hirdes, 2009; Farinha & Braga, 2018).

O processo de desinstitucionalização, nesse contexto, não se resume à redução de leitos hospitalares, mas envolve a criação de dispositivos que gerenciem o cuidado fora do hospital, bem como a transformação das práticas e dos saberes que historicamente sustentaram o manicômio. A experiência brasileira evidencia que esse processo é marcado por avanços e contradições, uma vez que lógicas manicomiais podem se reproduzir mesmo em serviços substitutivos, caso não haja reflexão crítica sobre as práticas em curso (Farinha & Braga, 2018).

A superação do paradigma do confinamento abre espaço para a construção de práticas centradas na vida concreta e na convivência comunitária, entendendo que o sofrimento psíquico não é elemento a ser extirpado, mas uma experiência humana que exige respostas éticas, técnicas e sociais. É nesse cenário que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se consolidaram como dispositivos estratégicos da política de saúde mental. Inseridos nos territórios e orientados pela lógica do cuidado em liberdade, os CAPS passaram a operar como referência para o acompanhamento contínuo de pessoas em sofrimento psíquico grave, articulando atendimento clínico, ações comunitárias e trabalho com famílias. Não apenas enquanto serviços substitutivos, esses espaços traduzem uma mudança no modo de lidar com a

loucura, deslocando-a do espaço do confinamento para o campo das relações sociais e do cuidado compartilhado (Amarante & Nunes, 2018).

A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, representa um marco normativo na organização desses serviços. Esse ato do Ministério da Saúde estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial podem se constituir nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidas por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Para além da distinção de escala, a portaria reafirma que todas as modalidades devem priorizar o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo, em serviço de atenção diária e com funcionamento orientado pela lógica do território (Brasil, 2002). Cada CAPS é responsabilizado pela organização da demanda e pela coordenação da rede de cuidados em sua área de referência, devendo articular-se com a Atenção Básica, com a urgência, com serviços hospitalares e com recursos comunitários. Essa responsabilidade confere aos CAPS uma função não apenas assistencial, mas também reguladora e articuladora, reforçada posteriormente pelas normativas relativas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No que se refere à sua caracterização, o CAPS se define como serviço de saúde aberto, comunitário, de natureza pública e inserido no SUS, destinado ao acompanhamento de pessoas com sofrimento mental importante, com ênfase na reabilitação psicossocial e na redução de internações psiquiátricas de longa duração. Os CAPS I, II e III se organizam para diferentes portes populacionais, com variação na densidade da equipe e na amplitude do funcionamento. O CAPS I é indicado para municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes; o CAPS II se destina a municípios entre 70 e 200 mil habitantes; e o CAPS III é voltado a municípios ou regiões com população superior a 200 mil habitantes, oferecendo atenção contínua, vinte e quatro horas por dia, com leitos de acolhimento noturno para manejo de crises. Em todas as modalidades, o serviço deve oferecer atendimento individual, atendimento em grupo, oficinas

terapêuticas, atendimento à família, visitas domiciliares e atividades comunitárias que favoreçam a reinserção social (Brasil, 2002).

Também se estabelecem modalidades específicas voltadas a grupos com necessidades particulares. Os CAPS AD, por exemplo, são direcionados a pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com foco na redução de danos, na articulação com outras políticas e na prevenção de internações reiteradas. Os CAPSi, por sua vez, atendem crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso, articulando ações de cuidado com a rede de proteção à infância e juventude, escolas, serviços de assistência social e conselhos tutelares. Essa diversificação indica que o CAPS se tornou um eixo estruturante da política pública de saúde mental, capaz de responder a demandas heterogêneas, desde formas graves de psicose até situações complexas associadas ao uso de substâncias psicoativas e às especificidades da infância e adolescência.

Quanto à estrutura física do equipamento, eles devem ser projetados considerando a realidade sociocultural, número de profissionais, fluxos de usuários e presença de estudantes ou residentes que utilizam o serviço como campo de prática (Brasil, 2013; 2015). A ambiência física, segundo essas últimas normativas, é parte integrante da proposta deste modelo. Sendo assim, os espaços do CAPS devem materializar a lógica da atenção psicossocial, sustentando práticas de cuidado em liberdade, de base territorial e comunitária, em oposição à arquitetura disciplinar e segregadora historicamente associada ao modelo asilar. Desta maneira, a organização física do serviço participa ativamente da produção de vínculos, da circulação de pessoas e da construção de um lugar de referência no território.

O desenho deste local considerará, portanto:

- a afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas”;
- a disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte;

- a configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário;
- espaços que expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da garantia de seus direitos;
- a atenção contínua 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade;
- a permeabilidade entre “espaço do serviço” e os territórios no sentido de produzir serviços de referência nos territórios. (Brasil, 2013, p. 17).

No que tange aos recursos humanos deste equipamento, os CAPS contam com equipes multiprofissionais compostas por trabalhadores de diferentes formações, cuja diversidade sustenta a complexidade do cuidado ofertado. Integram essas equipes profissionais de nível superior, como enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física e outros profissionais necessários ao desenvolvimento das atividades propostas no serviço, bem como profissionais de nível médio, entre eles técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Somam-se a esses trabalhadores as equipes de apoio, responsáveis pela limpeza e pela cozinha, cuja atuação também participa da organização cotidiana do cuidado.

A composição das equipes deve respeitar a exigência de diversidade profissional, variando conforme a modalidade do CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSij ou CAPS AD), uma vez que cada tipo de serviço apresenta especificidades quanto ao número e ao perfil dos profissionais, em consonância com as demandas do território e com a intensidade do cuidado ofertado (Brasil, 2002). A tabela abaixo nos ajuda a compreender as características de tais equipes.

Tabela 1.

Equipes mínimas nos diferentes CAPS

CAPS I

- 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental
- 1 enfermeiro
- 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPS II

- 1 médico psiquiatra
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPS III

- 2 médicos psiquiatras
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior
- 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPSi

- 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental
- 1 enfermeiro
- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPS AD

- 1 médico psiquiatra
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas
- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

Fonte: Adaptado de Brasil (2004).

Já em termos da estruturação do cuidado, isso se organiza em regimes de atenção que variam segundo a necessidade de cada caso. O regime intensivo abrange usuários que precisam permanecer no serviço durante a maior parte do dia, com participação em diferentes atividades e monitoramento clínico mais próximo. O regime semi-intensivo contempla usuários que comparecem alguns dias por semana, com combinações de atendimentos individuais e grupais. Já o regime não intensivo envolve acompanhamento mais espaçado, com comparecimento pontual para consultas, grupos ou oficinas específicos (Brasil, 2004).

No início do acompanhamento, é elaborado, em conjunto com o usuário, um Projeto Terapêutico Individual, que orienta as estratégias de cuidado segundo suas necessidades singulares. Nesse processo, destaca-se a figura do Técnico de Referência (TR), profissional que passa a acompanhar mais de perto o percurso do usuário no serviço. O TR é responsável por monitorar e revisar o projeto terapêutico, definir atividades e frequência de participação em um CAPS, manter contato com a família e dialogar continuamente com a equipe sobre os objetivos e os efeitos do cuidado, reconhecendo que o vínculo estabelecido é um elemento basilar do tratamento (Brasil, 2004).

A partir desse projeto, o cuidado se materializa em um conjunto de atividades que atravessam o cotidiano do CAPS e organizam a presença do usuário no serviço e no território. Essas ações não se apresentam como ofertas padronizadas, mas como arranjos clínicos que variam conforme o momento do tratamento, a intensidade do sofrimento e as possibilidades de circulação social de cada pessoa. É nesse conjunto de práticas, sejam elas individuais, coletivas e comunitárias, que o trabalho dessas equipes ganha forma, envolvendo usuários e famílias em diferentes modalidades de acompanhamento, para além do encontro individual com o TR. Vejamos, conforme as resoluções nacionais (Brasil, 2002; 2004; 2013; 2015) quais são elas:

a) Acolhimento inicial: consiste na escuta qualificada das demandas trazidas por usuários e familiares, seja por procura espontânea ou encaminhamento. Esse primeiro contato

tem como finalidade compreender a situação de sofrimento, iniciar a construção do vínculo terapêutico e definir os primeiros encaminhamentos do cuidado, incluindo a intensidade do acompanhamento e a corresponsabilização da equipe pelo caso.

b) Atendimento individual: envolve consultas clínicas, psiquiátricas, psicológicas e acompanhamentos realizados por diferentes profissionais da equipe. Essas ações visam à elaboração e ao acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular, incluindo orientação, psicoterapia e manejo do sofrimento psíquico, respeitando as necessidades e o momento de cada usuário.

c) Tratamento medicamentoso: integra o projeto terapêutico e é acompanhado de forma contínua pela equipe, com orientação ao usuário e à família quanto ao uso, aos efeitos e à adesão ao tratamento. O CAPS pode atuar como referência territorial para a dispensação e o acompanhamento do uso de psicofármacos, em articulação com outros serviços de saúde.

d) Atendimento em grupo: compreende grupos terapêuticos, grupos operativos e outras atividades coletivas que favorecem a socialização, o compartilhamento de experiências e o fortalecimento de vínculos. Esses espaços funcionam como dispositivos clínicos e institucionais, possibilitando a construção de pertencimento e a elaboração coletiva do sofrimento.

e) Oficinas terapêuticas: incluem oficinas expressivas, corporais, culturais, educativas e geradoras de renda, realizadas em grupo e orientadas por profissionais da equipe. Têm como objetivos ampliar as formas de expressão, desenvolver habilidades, promover autonomia e favorecer a inserção social e produtiva dos usuários.

d) Práticas expressivas e comunicativas: englobam atividades artísticas, musicais, corporais e culturais que ampliam o repertório simbólico e comunicativo dos usuários. Essas práticas podem ocorrer em um CAPS ou em espaços do território, favorecendo a circulação social e a construção de novos lugares sociais.

e) Atendimento domiciliar: realizado no local de moradia do usuário e/ou de sua família, permite à equipe compreender o contexto de vida, acompanhar situações específicas e ofertar cuidado quando há dificuldade de acesso ao serviço ou necessidade de intervenção no território.

f) Atenção às situações de crise: refere-se ao conjunto de ações destinadas ao manejo do sofrimento psíquico intenso e das desorganizações agudas, com disponibilidade ampliada de escuta e acompanhamento. Pode ocorrer no CAPS, no domicílio ou em outros espaços do território, buscando preservar vínculos e evitar internações psiquiátricas.

g) Acolhimento diurno e noturno: realizado como recurso terapêutico nos projetos singulares, especialmente nos CAPS com funcionamento 24 horas. Caracteriza-se como prática de hospitalidade e cuidado, voltada à proteção e à reorganização do usuário em momentos de maior vulnerabilidade, sem caráter de internação.

h) Atividades comunitárias: compreendem ações desenvolvidas em articulação com associações, instituições e grupos do território, como eventos culturais, atividades de lazer e iniciativas coletivas. Têm como finalidade promover a integração social, fortalecer vínculos comunitários e ampliar as redes de suporte.

i) Ações de reabilitação psicossocial: englobam iniciativas voltadas à inserção no trabalho, à geração de renda, ao acesso à educação, à cultura, ao lazer e aos direitos sociais. Essas ações reafirmam que o cuidado em saúde mental ultrapassa os limites do serviço e se constrói na vida cotidiana, abrindo caminho para a articulação com outros pontos da rede de atenção e com políticas intersetoriais.

j) Atendimento à família: envolve atendimentos individuais ou em grupo com familiares, com foco no acolhimento de suas demandas, no compartilhamento de informações e na corresponsabilização pelo cuidado. Essas ações contribuem para a elaboração das vivências familiares relacionadas ao sofrimento psíquico.

Esse conjunto de atividades exige, conseqüentemente, um acompanhamento contínuo, avaliação compartilhada e constante reorganização do cuidado. Para que as ações desenvolvidas junto aos usuários e às famílias mantenham coerência com os projetos terapêuticos e com as necessidades que emergem no cotidiano, torna-se indispensável um espaço de reflexão coletiva sobre o trabalho. Para tanto, as reuniões de equipe se apresentam como instrumentos fundamentais. As reuniões de equipe têm sido descritas como espaços nos quais se torna possível compartilhar leituras clínicas, revisar Projetos Terapêuticos Singulares e reorganizar o cuidado diante das transformações constantes das demandas apresentadas pelos usuários, favorecendo decisões construídas de forma coletiva e menos dependentes de iniciativas individuais (Jesus, 2021).

Complementando esse raciocínio, Fernandes e Bezerra (2024) discorrem sobre como o trabalho conjunto entre diferentes profissionais favorece a construção de respostas assistenciais mais abrangentes, ao permitir o compartilhamento de perspectivas e a qualificação das ações dirigidas aos usuários, repercutindo na organização cotidiana do serviço e evidenciando a importância de dispositivos coletivos que sustentem a cooperação e o enfrentamento dos desafios próprios do contexto institucional. Tais dados convergem na indicação de que a qualidade do cuidado se relaciona diretamente com a existência de tempo e dispositivos formais para reflexão coletiva, o que inclui reuniões regulares, supervisão e momentos de formação.

A ênfase nos dispositivos coletivos de trabalho não se restringe à articulação entre os profissionais, mas repercute diretamente na forma como o cuidado se estende para além da equipe e alcança outros atores envolvidos no processo terapêutico. À medida que o CAPS se organiza a partir de práticas compartilhadas, reflexivas e menos centradas em decisões isoladas, o cuidado deixa de ser compreendido como atribuição exclusiva dos técnicos e passa a se constituir como uma construção relacional, atravessada por múltiplos vínculos, dentre os quais situam-se os vínculos familiares.

Sei e Santiago (2019) apontam que a participação de familiares de pacientes e usuários ocupou um lugar importante na construção histórica das políticas de atenção em saúde mental, o que contribui para a ampliação do cuidado para além dos serviços, especialmente nos processos de cuidado em liberdade e na defesa de direitos. Esse movimento supõe compreender a família como parte constitutiva do cuidado, mas que, para as autoras, assumiu diferentes posições ao longo da história, o que exige uma revisão de sua posição à luz das transformações introduzidas pelo modelo psicossocial.

Desde a consolidação dos CAPS como dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico, teve-se um reposicionamento decisivo do lugar da família no campo da saúde mental. Se, no modelo asilar, a família figurava como elemento a ser afastado - ora tomada como causa do adoecimento, ora como obstáculo ao tratamento -, no paradigma psicossocial ela passa a integrar o próprio campo do cuidado. Como assinala Rosa (2009), a família pode ocupar diferentes lugares ao mesmo tempo, como: “1) um grupo que precisa de assistência e cuidados; 2) como um recurso ou lugar, como outro qualquer, mas não o único; 3) como provedora de cuidados; 4) como avaliadora dos serviços e 5) como sujeito político” (p. 162).

Pode-se inferir que, quando se reduz a família a um único papel, corre-se o risco de empobrecer o cuidado e de produzir novas formas de exclusão. Martins e Guanaes-Lorenzi (2016) indicam que experiências de acolhimento, escuta e reconhecimento no cotidiano do serviço são fundamentais para que a família consiga sustentar sua participação no tratamento. Grupos de família, reuniões e espaços de conversa podem favorecer a elaboração do sofrimento e a reorganização das relações familiares, desde que não funcionem apenas como espaços de normatização do comportamento ou de cobrança por adesão ao tratamento.

A noção de suporte familiar ajuda a compreender melhor esses impasses. Souza e Baptista (2008) destacam que o suporte não se resume à presença física da família nem à sua estrutura, mas à qualidade das relações que ela consegue estabelecer. Em contextos de

adoecimento mental, esse suporte pode proteger e favorecer o cuidado, mas também pode se fragilizar quando a família está sobrecarregada, sem recursos materiais, emocionais ou institucionais. Desta forma, quando os serviços convocam a família para cuidar sem oferecer o devido suporte, o que se produz, muitas vezes, é exaustão, culpa e sensação de abandono, e não fortalecimento do cuidado.

Essas dificuldades se intensificam quando a articulação entre CAPS e outros pontos da Rede é frágil. Camuri e Dimenstein (2010) mostram que práticas burocráticas e hierarquizadas, especialmente na interface com a Atenção Básica, dificultam a construção de um cuidado compartilhado. Nesses casos, a família tende a ser vista apenas como extensão do controle terapêutico ou como responsável por garantir que o usuário siga as orientações do serviço. Para os autores, esse modo de funcionamento reforça a sensação de que a família precisa “dar conta” do sofrimento, enquanto o apoio institucional permanece limitado ou fragmentado. Reiterando esse argumento, Cavalheri (2010) retrata a experiência de famílias com um membro mentalmente adoecido, observando:

[...] o pouco comprometimento e, ou distanciamento dos demais membros da família, bem como de outros recursos da rede social. O acúmulo de cansaço e preocupações, o desconhecimento e a falta de controle sobre o que está por vir. A dedicação quase “exclusiva” ou “total” faz com que o cuidador deixe de ter existência própria, perca vínculos profissionais e sociais, diminua atividades de lazer, aumente a reclusão familiar. Assim, padece com a pessoa adoecida, perde perspectiva de vida, somatiza dores e entra num processo social desgastante (p. 54).

Por conseguinte, pensar a família nesse contexto exige abandonar algumas idealizações: a família não é solução automática para os desafios do tratamento em saúde mental, nem deve ser tomada como substituta das responsabilidades do Estado e da rede de cuidados. Devemos, contudo, reconhecê-la como um espaço atravessado por limitações e possibilidades, onde o

sofrimento se manifesta e pode ser, em alguma medida, elaborado. Um cuidado mais acessível e consistente passa pela construção de espaços de escuta, dividir responsabilidades e reconhecer que o protagonismo das famílias no âmbito da atenção psicossocial, uma vez que:

Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto interna como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento (Brasil, 2004, p. 29).

Assim, considerando esses elementos, a família pode ser compreendida como um coletivo que também demanda atenção e cuidado, não se restringindo à função de provedora do suporte cotidiano, mas sendo igualmente destinatária das ações em saúde mental, especialmente diante das sobrecargas que atravessam o cuidado continuado (Lima, 2020). De igual modo, a instituição familiar “deve estar comprometida com o rompimento, com a lógica do isolamento e da exclusão, fortalecimento da cidadania, protagonismo e corresponsabilidade” (Brasil, 2013, p. 67).

Diante dessa perspectiva, observa-se um crescimento de produções que discutem a atuação junto às famílias em diferentes modalidades de CAPS, principalmente estudos que avaliam a percepção dos familiares a respeito do serviço. Em contrapartida, permanecem menos frequentes os relatos que descrevem intervenções clínicas nas quais família e usuário sejam considerados conjuntamente como parte de um mesmo campo de trabalho, sobretudo quando se trata de abordagens que se ocupam das dimensões subjetivas e relacionais do sofrimento psíquico. Esse cenário favorece a aproximação com a clínica psicanalítica, na qual a família é compreendida como elemento constitutivo da subjetividade e do próprio processo clínico.

2.3 A PSICANÁLISE DE CASAL E FAMÍLIA

O assunto a ser levado em consideração adiante não é simples, e sim muito complexo e de enorme amplitude. Por conseguinte, a presente seção tomará um recorte do que se refere à tão vasta instituição familiar, com o intuito de enfocar as especificidades do trabalho psicanalítico com esse organismo (a família, mas aqui inclui-se, também, o casal).

Como ponto de partida, é pertinente retomar o sentido etimológico do termo família. Segundo Engels (1884/2019), a palavra deriva do latim *famulus*, que significa “escravo doméstico”. A expressão designava, portanto, o conjunto de pessoas que pertenciam e dependiam de um mesmo chefe ou senhor. Nesse contexto, a família greco-romana estruturava-se sob a autoridade do patriarca, que reunia sob seu domínio a esposa, os filhos, os servos livres e os escravos. Tal origem revela que a família, desde suas primeiras configurações, esteve associada a relações de poder, posse e hierarquia, dimensões que, embora transformadas ao longo do tempo, ainda deixam rastros na organização e nas dinâmicas familiares contemporâneas.

Ainda que suas formas e funções variem conforme o contexto histórico e cultural, a família é uma das instituições mais antigas da humanidade e desempenha papel estruturante no desenvolvimento humano e na vida em sociedade. Segundo Gioielli (1998), até o século XVII, o espaço familiar não era sinônimo de intimidade e afeto, sendo os cuidados e valores morais mediados por instituições como a Igreja ou a comunidade. É somente com o advento da modernidade que a família passa a concentrar as funções de afeto, proteção e educação moral, assumindo lugar central na constituição da subjetividade. Com o avanço das ciências médicas e psicológicas, especialmente nos séculos XIX e XX, a família também passou a ser objeto de

interesse clínico, ampliando-se o olhar sobre como suas dinâmicas influenciam a saúde mental de seus membros.

No terreno da clínica psicanalítica freudiana, ainda que não tenham sido organizadas enquanto um campo teórico autônomo, a família e as relações familiares comparecem de forma recorrente na pena de Freud,

[...] como em 1895, com o caso Elisabeth von R., no qual ele vinculou sintomas somáticos a uma particular dinâmica familiar (Freud, 1905[1901]). Seguiram-se outros exemplos como em 1905, acerca do Caso Dora (Freud; Breuer, 1893-1895), no qual se mostrou interessado nas relações familiares dos doentes, afirmando que Dora tinha um lugar (na morbidade) determinado pela dinâmica familiar, conferindo sentido intersubjetivo aos seus sintomas e afirmando que toda doença é intencional e é expressão de uma modalidade vincular particular (Nicoletti, 2016, p. 79).

Foram os pós-freudianos, especialmente os que vieram a se constituir enquanto analistas de crianças e adolescentes, como Hermine Hug-Hellmuth, Anna Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, que perceberam a relevância desses personagens e puderam expandir o edifício teórico que até então sustentava a Psicanálise. Como ilustração desse avanço, a ênfase na constituição subjetiva que se dá no seio familiar é proeminente ao longo da obra de Winnicott.

Para o pediatra e psicanalista inglês, a ideia de saúde não pode ser descrita apenas em termos individuais, mas deve levar em consideração as relações sociais que permeiam o sujeito (Winnicott, 1967/2021), sendo a família (ou aqueles que assumam os papéis concernentes a ela) “parte essencial de nossa civilização” (Winnicott, 1957/2023a, p. 78). Segundo esta perspectiva, os alicerces da saúde mental de um indivíduo encontram-se assentados nos estágios iniciais da vida, assim como o desenvolvimento já está em jogo (Winnicott, 1958/2023a; 1962/2022).

Neste momento inaugural do existir, o bebê, até por volta dos seis meses de vida, encontra-se excessivamente subordinado aos seus cuidadores, principalmente a mãe (ou quem

a substitua), constituindo um estado que Winnicott denomina de dependência absoluta. Para o autor, “a mãe é o bebê e o bebê é a mãe” (p. 20), isto é, ambos encontram-se numa situação de fusão, amalgamados, interdependentes. Durante esse período, a mãe vivencia um estado de hipersensibilidade às necessidades do bebê, está preocupada, superprotetora e dedicada a ele, o que Winnicott (1963/2022) nomeia como “preocupação materna primária”. Além disso, se tudo corre bem, a mãe se adapta às necessidades do bebê, conhece seus ritmos, o atende em grande medida, se identifica com ele.

No estágio subsequente que abarca o período entre os seis meses aos dois anos, batizado como “dependência relativa”, Winnicott (1963/2022) foi feliz ao dizer que a frustração é um componente necessário para o desenvolvimento, e que a mãe deverá, gradualmente, falhar com o seu bebê. Distante de qualquer perfeccionismo ou mecanicismo nos cuidados com o bebê, a mãe precisará ausentar-se em alguma medida, retornar às atividades que exercia antes da gravidez, cuidar de outra criança, cuidar de si mesma, etc. Uma ausência, contudo, que deve ser circunscrita no tempo que o bebê ainda é capaz de suportar o distanciamento da mãe. Assim sendo, a participação de outros agentes, a exemplo do pai, do restante da família e o suporte do Estado, é bastante precisa enquanto rede de apoio (Winnicott, 1966, p. 21).

Tendo isso sendo possível, a criança percorre o estágio “rumo à independência”, ou a idade pré-escolar até a puberdade, em que já é capaz de lidar com aspectos mais abrangentes da realidade, transita por círculos sociais mais amplos que os pais e possui um lugar no mundo (Winnicott, 1963/2022), o que dirime a dependência do mundo endogâmico/familiar. Entretanto, Winnicott é categórico em afirmar que “a independência nunca é absoluta” (p. 102), por isso “rumo” indica algo que estaríamos constantemente à procura, mas nunca alcançamos totalmente; o(s) outro(s) está(ão) sempre no nosso radar!

Passado esse momento, temos a adolescência e a vida adulta. Esse sujeito, mais maduro, mais desenvolvido, para Winnicott (ibidem), agora possui vida laboral, contribui para a

sociedade, mantém um casamento, família ou outras relações e, sobretudo, possui uma identidade pessoal. Novamente, quando tudo corre bem. Afinal de contas, o desenvolvimento humano não é um processo dado, mas, como indica Fulgencio (2022), uma sequência de fases, dinâmicas, tarefas e conquistas que, segundo a teoria aqui proposta, só é possível mediante a oferta de uma provisão ambiental suficientemente boa.

Contudo, ainda de acordo com Winnicott (1962/2022, p. 332), “[...] a falha de provisão elementar básica inicial perturba os processos de amadurecimento, ou evita que eles contribuam para o crescimento emocional da criança [...]”. Em outras palavras, quando o ambiente não assegura condições mínimas de continuidade e confiabilidade, a criança é exposta a experiências para as quais ainda não dispõe de recursos psíquicos. Situações nas quais os cuidados são interrompidos frequentemente, em que há respostas inconsistentes às necessidades básicas, ausência de uma presença estável ou constante, ao contrário, manejos intrusivos e desajustados ao ritmo do bebê constituem exemplos de falhas ambientais que interferem diretamente na constituição de si. Assim, “Qualquer intrusão, ou falha de adaptação, causa uma reação no bebê, e essa reação quebra o continuar a ser do bebê” (p. 109).

Considerando que o desenvolvimento humano está intrinsecamente ligado ao ambiente em que o sujeito se constitui, Winnicott destaca os efeitos do adoecimento familiar sobre a criança. A homeostase do grupo familiar depende da saúde emocional de seus membros e pode ser comprometida quando um deles adoece, fazendo com que o sofrimento psíquico ultrapasse o plano individual e passe a incidir sobre as relações familiares. A presença de uma psicopatologia, como a depressão ou as psicoses (Winnicott, 1958/2023a; 1959a/2023a; 1960/2023a), tende a desorganizar funções e lugares no grupo, produzindo falhas na provisão ambiental e dificuldades na sustentação das necessidades infantis, o que torna indispensável a inclusão da família como parte constitutiva das propostas de cuidado.

A exemplo disso, em um volume intitulado “Falando com pais e mães”, Winnicott (1993//2023b) sublinha o valor de orientar e apoiar aqueles que exercem o cuidado, compreendendo tal gesto como uma forma de profilaxia, capaz de prevenir a cristalização de falhas ambientais e de favorecer condições mais saudáveis para o desenvolvimento emocional dos sujeitos. Isto posto, como já dizia o autor (1957/2023a, p. 78), “a família é algo que pede um estudo mais detalhado”, o que inspira uma clínica voltada às configurações vinculares e aos modos de funcionamento do grupo familiar.

Destarte, desde a década de 1950, a terapia familiar vem se consolidando como campo específico de atuação, ao propor que o sofrimento individual pudesse estar diretamente relacionado às dinâmicas grupais (Ramos, 1998). Mandelbaum (2010) assinala que, a partir da metade do século XX, o olhar clínico voltou-se para as dinâmicas familiares como parte essencial do processo terapêutico. Nesse período, em meio às metamorfoses do pós-guerra, emergiram as primeiras experiências de terapia familiar em países como Estados Unidos, Inglaterra e Argentina, consolidando-se uma nova forma de compreender a psicopatologia, agora inserida em uma perspectiva relacional e grupal.

A psicoterapia familiar psicanalítica, segundo Kaës (1998), vem se afirmando como um dos dispositivos mais fecundos para o conhecimento da vida psíquica e para o tratamento do sofrimento que se manifesta na rede dos vínculos. Ela parte do pressuposto de que a vida inconsciente não é apenas individual, mas compartilhada e co-construída nas relações familiares. O que motiva o trabalho clínico com famílias é justamente o desequilíbrio que se produz nos casos em que a história familiar é marcada por questões não elaboradas, impedindo que seus membros se reconheçam mutuamente em sua singularidade (Kaës, 1998). Nesse sentido, o sintoma, quando aparece em um dos integrantes, pode ser compreendido como expressão de um funcionamento grupal que busca manter sua coesão e continuidade, mesmo que de modo disfuncional.

Na direção dessas ideias, Ackerman (1986) assinala que “a família é a unidade básica de crescimento e experiência, desempenho ou falha. É também a unidade básica de doença e saúde” (p. 29). Tal compreensão nos permite deslocar o olhar do indivíduo isolado para uma trama relacional na qual o sofrimento se engendra, permitindo-nos pensar a doença não apenas como um fenômeno intrapsíquico, mas como expressão de dinâmicas compartilhadas, papéis distribuídos e fantasias coletivamente sustentadas. É a partir dessa perspectiva que a família passa a ser concebida como um campo organizador de sentidos, capaz tanto de favorecer processos de amadurecimento e saúde quanto de cristalizar posições patológicas.

A compreensão da dinâmica familiar ou conjugal exige que se reconheça a complexidade dos laços que unem seus membros, o que aponta para um enquadre que se distingue fundamentalmente dos modelos tradicionais, como na psicoterapia individual. Enquanto no enquadre individual o foco e a relação se estabelecem no binômio terapeuta-paciente, o enquadre familiar deve ser pensado para acolher e manejar a multiplicidade de sujeitos envolvidos e a rede de vínculos que constitui o grupo. O desafio do enquadre é, portanto, criar um espaço onde a família possa construir uma nova narrativa sobre si, desvinculada dos padrões repetitivos e produtores de sofrimento.

O enquadre, nesse contexto, constitui o cerne do trabalho analítico com a família, sendo um dispositivo que permite o trânsito do “sem sentido para a significação”, a partir da matéria psíquica desenvolvida coletivamente (Ramos, 2006, p. 35). A manutenção desse dispositivo pelo terapeuta é vital, pois propicia um tipo de contato que os membros da família, sozinhos, não conseguem estabelecer fora do *setting*, especialmente ao tentar abordar temas conflituosos. Por essa razão, “o próprio enquadre tem uma função terapêutica” (p. 35). Essa delimitação de um campo específico é o que possibilita que cada integrante da família se posicione gradualmente na situação de paciente e reconheça a inter-relação como foco, visto que “o paciente será sempre a família” (p. 37).

A sustentação desse campo analítico compartilhado requer do terapeuta uma vigilância constante dos movimentos transferenciais e contratransferenciais próprios das dinâmicas familiares. Correa (1998) assinala que, em famílias com maior grau de perturbação, os ataques ao enquadre são mais frequentes, exteriorizando-se de diversas formas, como atrasos, ausências e tentativas de alteração do horário ou do formato das sessões. Tais manifestações não se resumem a simples resistências, mas evidenciam a dificuldade da família em tolerar a aproximação dos conteúdos inconscientes que circulam entre seus membros. Desse modo, a manutenção do enquadre pelo terapeuta configura um continente simbólico que propicia a elaboração dos afetos emergentes e a possibilidade de transformação dos vínculos.

No tratamento familiar, o foco da intervenção não se restringe aos sintomas apresentados por um único indivíduo, mas abrange as inter-relações que estruturam o grupo. Ramos (2006) assevera que o paciente (a família em sua totalidade), deve ser compreendido como um sistema interdependente cujos membros participam, em maior ou menor grau, da manutenção do equilíbrio ou do adoecimento coletivo. Correa (2007) afirma que o sofrimento psíquico familiar pode se manifestar através de todos os integrantes da família ou por meio de um único membro, que funciona como porta-sintoma, ou o "paciente identificado". Esse fenômeno, recorrente na clínica, expressa a tendência do grupo familiar em depositar em um de seus integrantes as tensões, conflitos e segredos que não podem ser simbolizados ou compartilhados (Ramos, 1998; 2006).

Prado (1999) concebe esse sujeito como porta-voz das dificuldades mais amplas da família, um depositário das angústias e tensões que o grupo não consegue elaborar. Em uma lógica defensiva, a família se dicotomiza entre "doentes" e "sadios", mantendo uma organização que preserva o equilíbrio aparente, mas obstrui a implicação coletiva na produção do sofrimento (Ramos, 1998). Conforme observado também por Prado (1991), essa cisão é suportada por mitos e segredos familiares que perpassam as gerações e que, ao persistirem não ditos,

estabelecem o "não-pensável" da história familiar. O paciente identificado, nesse panorama, revela-se como o denunciante desse segredo, expressando, por intermédio do sintoma, aquilo que o grupo se esforça para manter encapsulado (Ramos, 2006).

Que mitos precisam ser sustentados? Que fantasmas assombram esta casa? Por que, em certas famílias, há a necessidade de viver em 'blocos'? Parece que a fantasia é de que 'unidos viveremos, ou morreremos'. Muitas vezes, com a determinação dos papéis, todos permanecem saudáveis, enquanto um grita e alucina a doença familiar. É este um que é levado a tratamento (Brettas, 1991, p. 166).

No rastro dessas elaborações, a literatura psicanalítica sobre a família ressalta ainda que a existência de um membro enfermo implica um comprometimento da estrutura familiar como um todo. Cada integrante contribui, de maneira singular, para que a configuração do grupo se mantenha e se reconheça como tal (Ramos, 2006). Quando um dos membros é designado como o doente, ele se torna o depositário das fragilidades e ambivalências coletivas, permitindo que os demais preservem a imagem de saúde. Todavia, essa posição, embora dolorosa, cumpre uma função de equilíbrio psíquico no seio do grupo. Ramos (2006) ainda afirma que o paciente identificado possibilita a manutenção de um "equilíbrio familiar precário", na medida em que concentra em si a tensão que, de outro modo, se dispersaria entre os demais.

Diante disso, o objetivo da psicoterapia familiar reside precisamente em romper com essa lógica de polarização entre saúde e doença, redistribuindo a responsabilidade pelo sofrimento entre todos os membros. Souza e Sei (2014) indicam que o espaço da terapia deve facultar aos participantes que abandonem a eleição de um porta-sintoma e passem a se reconhecer enquanto grupo, compartilhando a elaboração das aflições que os perpassam. Nesse mesmo sentido, Machado, Carneiro e Magalhães (2011) propõem que as entrevistas iniciais visem à formulação de uma "demanda familiar compartilhada", na qual todos possam se implicar, desfazendo a tendência de projetar a dificuldade sobre um único membro.

A clínica psicanalítica, em seu desenvolvimento centenário, dedicou atenção fundamental ao período que antecede o tratamento propriamente dito, denominado por Freud (1913) de entrevistas de ensaio (ou de prova), e posteriormente por Lacan (1971-72/2001) de entrevistas preliminares, com a nomenclatura mais comum de entrevistas iniciais. Freud (1913) estabeleceu que a aceitação de um paciente pouco conhecido deveria ser provisória, estendendo-se por uma ou duas semanas, constituindo um período de sondagem inicial. O objetivo primordial deste ensaio é conhecer o caso para decidir sobre a sua adequação à análise, poupando o paciente da impressão dolorosa de uma tentativa de cura fracassada, caso a interrupção fosse necessária.

A função diagnóstica das entrevistas iniciais está intrinsecamente ligada à avaliação dos critérios de analisabilidade, os quais buscam estabelecer as condições para receber um determinado paciente. Na Psicanálise clássica, Freud forneceu indicações importantes para a escolha dos pacientes, e o período de prova servia para dirimir a dúvida diagnóstica. Um erro diagnóstico nessa fase era considerado funesto para o psicanalista, que se tornava culpado de um gasto inútil e desacreditava seu procedimento terapêutico ao prometer uma cura em um caso desfavorável.

Na esteira dessas ideias, McDougall (2013) contribuiu substancialmente para a discussão sobre as condições que tornam um indivíduo apto a se engajar em um processo analítico. Para a autora, o paciente deve demonstrar, dentre alguns critérios de analisabilidade: 1) Percepção e reconhecimento do sofrimento psíquico, buscando o tratamento por um desejo próprio, e não por pressão de terceiros; 2) busca por conhecimento de si mesmo e implicação subjetiva, aceitando a responsabilidade pelo seu sofrimento e não apenas projetando a culpa nos outros; 3) suportabilidade da situação psicanalítica, ou seja, a capacidade de tolerar o enquadre, a frustração e a abstinência inerentes à análise, sem exigir que o analista resolva seus problemas. Desse modo, as entrevistas iniciais na Psicanálise cumprem a função de avaliar a implicação

subjetiva do indivíduo e a adequação do seu quadro à técnica analítica, antes de formalizar o acordo (ou contrato) terapêutico que dará início a um trabalho, de fato.

Essa função de sondagem e avaliação da demanda adquire novas tonalidades quando nas entrevistas iniciais com famílias, pois, diferentemente da análise individual, na qual o critério é o reconhecimento de um sofrimento psíquico individual, na terapia familiar a unidade de tratamento é a rede de relações na qual o paciente está envolvido, sendo necessário envolver a família para a compreensão dos problemas humanos. Ramos (2006) enfatiza, ademais, que o trabalho com famílias requer prudência técnica e sensibilidade para manejar os movimentos ansiosos que emergem no início do processo. Famílias encaminhadas, ou "mandadas" para tratamento, frequentemente manifestam resistência em se perceberem implicadas na problemática que as afeta, delegando ao terapeuta a incumbência de "consertar" o membro considerado doente.

Além disso, Correa (1998) pontua que a família se demonstra limitada em suas formas de comunicação nas etapas iniciais do processo terapêutico. Para a autora, no espaço do grupo familiar, encontram-se movimentos antagônicos de guardar e expulsar segredos. Vê-se, com frequência, movimentos de censura para impedir o acesso a tais conteúdos, uma vez que sua revelação “pode questionar a imagem idealizada da família” (p. 108). Assim, conforme Racamier (1991), por vezes, a mudança entre os membros só se torna possível a partir da transformação do próprio funcionamento familiar. É a partir dessa necessidade de um dispositivo que acolha, investigue e produza efeitos desde o início que se torna pertinente discutir as entrevistas iniciais com famílias, aqui concebidas, ao longo do trabalho, enquanto uma forma de Psicodiagnóstico Interventivo Familiar.

Antes de discorrer sobre as particularidades desta modalidade, é importante situar como tem sido operacionalizada em um projeto de extensão universitário, que proporcionou o primeiro contato deste pesquisador com esta técnica.

2.3.1 O Projeto de Extensão “Clínica Psicanalítica de Casal e Família na Clínica Psicológica da UEL - Fase 2”

No contexto brasileiro, seja na produção de pesquisas ou na atuação clínica, Gomes (2017) aponta que os referenciais mais utilizados em Psicanálise de casal e família orientam-se pela influência das escolas argentina e francesa. Segundo a respectiva autora, encontram-se em nosso território, especialmente nas regiões Sul e Sudeste do país, movimentos muito engajados com esse campo de formação, principalmente nas universidades e em institutos especializados.

É nesse campo de produção que insere-se um projeto de extensão desenvolvido na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina. Aplicada à região norte do Paraná, e mais precisamente ao contexto acadêmico, a psicoterapia de casal e família ganhou lugar em 2012 na Universidade Estadual de Londrina (UEL) por meio do projeto de extensão intitulado “Clínica Psicanalítica de Casal e Família na Clínica Psicológica da UEL”. O projeto extensionista em questão conta com a participação de colaboradores internos (estudantes da graduação e pós-graduação em Psicologia da UEL) e colaboradores externos (psicólogos formados e estudantes de Psicologia de outras universidades) que voluntariamente prestam serviços de atendimento psicológico a casais e famílias - moradores da cidade de Londrina e região - na condição de terapeutas sob a supervisão de uma docente.

Segundo Sei e Zanetti (2017), o projeto de extensão é renovado a cada três anos. A possibilidade de renovação deste projeto se faz significativa uma vez que o atendimento psicológico direcionado aos casais e famílias produz inúmeros benefícios aos envolvidos. A comunidade atendida é beneficiada diretamente pelo serviço; os estudantes são beneficiados pelo aprimoramento de conhecimentos teórico-acadêmicos a partir de leituras direcionadas e da participação ativa durante as supervisões grupais, bem como por meio da oportunidade de

potencializá-los, no sentido de preparação para a atuação profissional, aplicando-os ao contexto prático de atendimento. E, por fim, a própria universidade e o curso de Psicologia são beneficiados pela produção de novos conhecimentos acerca desta especificidade clínica.

Todos os atendimentos psicológicos referentes ao projeto citado são presenciais, gratuitos e realizados semanalmente com sessões de uma hora de duração, podendo estender esse horário quando necessário. As sessões que compõem o processo psicoterápico podem ser conduzidas estritamente pela linguagem verbal, por meio da fala, ou também mediada pelo uso de recursos artístico-expressivos (linha da vida, genograma, espaçograma ou outros) - os quais serão abordados adiante -, que possibilitam a elaboração de conteúdos advindos do inconsciente. A utilização de tais recursos facilitadores nas primeiras sessões, também chamadas de “entrevistas iniciais”, podem ser vistos como importantes instrumentos que compõem o Psicodiagnóstico Interventivo da família e do casal, tendo por base a Psicanálise.

Esse preâmbulo, que já vem sendo realizado com o público do referido serviço-escola de Psicologia, tem fundamentado a execução de diversas pesquisas no âmbito da graduação e da pós-graduação. Alguns destes, mais atuais, voltados a populações como: casais que tiveram perda gestacional e famílias de diabéticos. Na circunstância do presente estudo, a mesma metodologia já executada por esses outros terapeutas-pesquisadores foi transposta à realidade do CAPS, como forma de verificar a aplicabilidade e pertinência em outros contextos da saúde, além de continuar solidificando a proposta já adotada neste projeto de extensão. Diante disso, a seção seguinte se dedica a explicar o que é o Psicodiagnóstico e, em particular, o Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico que respalda a abordagem familiar utilizada nesta pesquisa.

2.4 O PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO PSICANALÍTICO

Baseando-se na Resolução nº 31/2022 (CFP, 2022d), a Avaliação Psicológica pode ser compreendida como um processo estruturado, de caráter técnico-científico, voltado à coleta, ao estudo e à interpretação de informações acerca dos fenômenos psicológicos. Para isso, recorre a métodos, técnicas e instrumentos próprios da Psicologia. Seus resultados exigem a consideração dos condicionantes históricos e sociais e de seus efeitos sobre o psiquismo, de modo que a avaliação funcione como um recurso de intervenção não apenas sobre o indivíduo, mas também sobre tais condicionantes, desde a formulação da demanda até o encerramento do processo avaliativo.

A história da Avaliação Psicológica caminha junto ao processo de consolidação da Psicologia como profissão e campo científico, tanto no plano internacional quanto no contexto brasileiro. No Brasil (1962), a própria regulamentação da profissão já atribuía ao psicólogo a utilização de métodos e técnicas psicológicas para fins diagnósticos, de orientação e de ajustamento, conferindo à avaliação um estatuto técnico específico desde sua origem. Ao longo das décadas seguintes, o desenvolvimento da área foi marcado por eventos importantes, sobretudo pela recorrente confusão entre o processo de Avaliação Psicológica e testagem psicológica, bem como pela circulação de instrumentos com fragilidades psicométricas (Bueno & Peixoto, 2018). Esse cenário tornou-se mais evidente no país a partir dos anos 1990, quando docentes e pesquisadores passaram a problematizar criticamente a formação profissional e a qualidade científica dos instrumentos disponíveis, impulsionando debates sistemáticos e a organização institucional da área (Wechsler, Hutz & Primi, 2019).

Esse movimento crítico favoreceu uma reconfiguração da Avaliação Psicológica, sustentada pela criação de entidades científicas, pelo fortalecimento da pesquisa e pela implementação de sistemas de regulação voltados ao monitoramento contínuo da qualidade técnica dos instrumentos utilizados na prática profissional, tais como a Sociedade Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos (SBRo), em 1993 (“ASBRo”, a partir de 2004), o Instituto

Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP), em 1997, e o Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (SATEPSI), em 2001 (Wechsler, Hutz & Primi, 2019). Paralelamente, consolidou-se a compreensão da Avaliação Psicológica como um processo estruturado, dinâmico e contextualizado, que integra diferentes fontes de informação (testes psicológicos, entrevistas, observações sistemáticas e análises de documentos) e se orienta por finalidades específicas nos diversos campos de atuação do psicólogo (CFP, 2022e).

Nesse horizonte, o investimento contínuo na formação de profissionais e pesquisadores, bem como na produção de instrumentos adequados à realidade brasileira, não se restringe a um avanço técnico-científico, mas se orienta pela expectativa de qualificar os serviços psicológicos oferecidos à sociedade e ampliar, de modo concreto, sua contribuição para a qualidade de vida da população (Wechsler, Hutz & Primi, 2019). À luz desse cenário e inclinando-se ao escopo da Psicologia Clínica, o Psicodiagnóstico pode ser compreendido como uma modalidade específica de Avaliação Psicológica (Barbieri & Heck, 2017), que tem por objetivo uma investigação aprofundada da personalidade (Arzeno, 1995).

O Psicodiagnóstico, também referido como Psicodiagnóstico Tradicional (Barbieri, 2010), pode ser definido como “uma situação bipessoal (psicólogo-paciente ou psicólogo-grupo familiar), de duração limitada, cujo objetivo é conseguir uma descrição e compreensão, o mais profunda e completa possível, da personalidade total do paciente ou do grupo familiar” (Ocampo, Arzeno & Piccolo, 1986, p. 7). Segundo essas últimas autoras, este processo prioriza-se a investigação de um aspecto delimitado, guiada pela sintomatologia apresentada e pelas características da indicação. Ainda, tal investigação considera elementos da história pregressa, da situação atual, vinculada ao diagnóstico, e das possibilidades futuras, relacionadas ao prognóstico da personalidade, recorrendo, para isso, a técnicas específicas (como a entrevista semidirigida, as técnicas projetivas e a entrevista de devolução).

Ainda de acordo com Ocampo, Arzeno e Piccolo (1986), o delineamento do Psicodiagnóstico organiza-se a partir de algumas etapas:

1º) Primeiro contato e entrevista inicial: o processo tem início com o estabelecimento do primeiro contato com o paciente, que pode ocorrer de modo direto, presencialmente ou por telefone, ou ainda por intermédio de outra pessoa. Esse momento inclui a entrevista inicial, fundamental para a compreensão da queixa e para a delimitação do trabalho psicodiagnóstico.

2º) Aplicação de testes e técnicas projetivas: realiza-se a aplicação de uma bateria de instrumentos previamente escolhida e organizada conforme as especificidades do caso. Inclui-se também o tempo dedicado pelo psicólogo à análise e ao estudo do material obtido ao longo da avaliação.

3º) Encerramento do processo: devolução oral: o encerramento envolve a entrevista de devolução, na qual são compartilhadas com o paciente, e quando pertinente com seus pais, as compreensões alcançadas sobre sua situação. Esse momento visa esclarecer o que foi apreendido no processo e orientar quanto às condutas mais indicadas.

4º) Informe escrito para o paciente: por fim, elabora-se um informe escrito destinado ao paciente. A forma e o conteúdo desse documento variam de acordo com quem o solicitou e com os objetivos específicos da investigação realizada, mantendo coerência com as demandas apresentadas no início do processo.

Esse modelo, muito difundido na América Latina (Barbieri & Heck, 2017), teve uma influência inicial do modelo positivista, marcado pela busca de um diagnóstico fundamentado na mensuração objetiva do comportamento manifesto, na concepção determinista das ciências naturais e na suposição de neutralidade na relação entre profissional e paciente (Ancona-Lopez, 1984; Salles & Tardivo, 2017). Para Ocampo, Arzeno e Piccolo (1986), a afinidade com esse modelo, similar ao do médico clínico, acarretou em uma crise de identidade dos psicólogos.

Como consequência, instaurava-se um distanciamento na relação entre profissional e paciente e limitava-se a possibilidade de contato com os sentimentos mobilizados por esse vínculo.

A inclusão do referencial psicanalítico foi imprescindível ao psicodiagnóstico, ainda que com muita resistência. Afinal de contas, o método de trabalho dos psicanalistas diferenciava-se, dentre alguns elementos, pelo tempo indefinido do tratamento, pela postura de impessoalidade e pela interpretação do material que o paciente fornece ao falar livremente. Nesse sentido, segundo Barbieri (2010, p. 509), “os settings avaliativo e terapêutico foram claramente diferenciados, o que implicava que no primeiro não havia lugar para intervenções”. Para a mesma autora (2002), entretanto, um processo psicodiagnóstico isento de intervenções pode resultar em malefícios ao paciente.

Tem-se, então, a pertinência do Psicodiagnóstico Interventivo, um processo de investigação diagnóstica que, desde os primeiros encontros, articula a avaliação à realização de intervenções capazes de promover mudanças e favorecer o bem-estar do paciente (Milani, Tomael, & Greinert, 2014). Na realidade brasileira, Tardivo (2022) explica que esse modelo decorreu, a partir dos anos 1990, da ampliação do acesso à atenção psicológica clínica de populações mais vulneráveis, o que impulsionou a busca por modalidades de psicoterapia mais breves, capazes de articular a investigação psicológica com a intervenção clínica e proporcionar mudanças desde as primeiras sessões.

O Psicodiagnóstico Interventivo pode ser conduzido de múltiplas formas, ancoradas em distintos referenciais teóricos e no emprego de diferentes instrumentos, o que impede a existência de procedimentos homogêneos ou de uma concordância paradigmática única (Barbieri, 2010). Mediante a orientação teórica deste trabalho, discorreremos especialmente do Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico, o qual vem sendo discutido por diferentes pesquisadores, a partir de diferentes demandas. Enquanto campo de produção, encontram-se

estudos voltados, principalmente, ao público infantil infntojuvenil, porém nota-se uma lacuna significativa no que concerne ao seu uso com adultos (casais e famílias, por exemplo).

E quais seriam, portanto, as especificidades do Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico? Como se organiza esse processo? Antes de responder a estas perguntas, cabe aqui elencar algumas raízes históricas que o fundamentam, as quais podem ser encontradas nas contribuições de Donald Winnicott e Walter Trinca (Barbieri, 2010; Tardivo, 2022). A respeito da influência advinda da Psicanálise Winnicottiana, vê-se a importância das chamadas Consultas Terapêuticas (Winnicott, 1971/2023c). Nesta modalidade clínica, Winnicott oferecia um ou mais encontros que, apesar da brevidade, eram densos em seu potencial de transformação.

As consultas eram mediadas por uma técnica em que a dupla terapeuta-paciente realizava rabiscos alternados e, juntos, criavam desenhos e davam formas ao amorfo. Winnicott a batizou de Jogo do Rabisco, a qual lhe servia para “entrar em contato com a criança” (1971/2023c, p. 13), estabelecendo um outro modo de comunicação e acesso ao mundo interno de seus pacientes, através do lúdico. Uma forma de acesso, em síntese, que pela via da oralidade não seria possível em tão pouco tempo nesse tipo de consulta.

No seu trabalho com crianças, relatou que mudanças já eram observadas em uma ou duas consultas, e que tal prognóstico foi possível mediante a participação da família. Para o autor,

Haverá aqueles casos em que se faz um profundo trabalho na circunstância especial da primeira entrevista (ou entrevistas) e as mudanças resultantes na criança podem ser utilizadas pelos pais e por aqueles que são responsáveis no meio social imediato, de modo que, considerando uma criança com entrave no desenvolvimento emocional, a entrevista resultará na dissolução do entrave e num movimento progressivo no processo do desenvolvimento (Winnicott, 1971/2023c, p. 15).

Acerca da pertinência de tais Consultas Terapêuticas, Winnicott (ibidem) descreve que há situações em que a entrevista cumpre a função inicial de introduzir um trabalho psicoterapêutico mais longo ou intensivo. Entretanto, o autor destaca que, não raramente, a criança apenas se tornava emocionalmente disponível para esse tipo de continuidade após ter experimentado, no(s) encontro(s) preliminar(es), a vivência de ser compreendida. Nesse sentido, vê-se uma grande proximidade com o Psicodiagnóstico Interventivo, sendo que este último pode substituir uma psicoterapia prolongada, preparar o paciente para iniciá-la e favorecer a construção de um encaminhamento mais coerente e ajustado às necessidades do paciente e de sua família (Barbieri & Heck, 2017; Guimarães & Fantini, 2014).

No que tange à caracterização do Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico como hoje se conhece, este “compreende as entrevistas e técnicas projetivas principalmente como meios de comunicação entre o psicólogo e paciente, embora não desvalorize o potencial avaliativo que elas apresentam” (Barbieri & Heck, 2017, p. 459). Sabe-se que também não possui um número predeterminado de sessões e nem uma sequência rígida de etapas a serem seguidas (Milani, Tomael, & Greinert, 2014), o que permite liberdade e flexibilidade ao profissional para ajustar-se às necessidades do paciente (Barbieri & Heck, 2017). Apesar dessas características, Barbieri (2010) descreve alguns eixos clínicos que ajudam a estruturar tal modelo:

- 1) Elucidar os significados latentes e as origens das perturbações apresentadas.
- 2) Enfatizar a dinâmica emocional inconsciente do paciente e de sua família.
- 3) Considerar o material clínico de forma integrada e articulada.
- 4) Buscar uma compreensão global do paciente em sua singularidade.
- 5) Selecionar aspectos centrais e nodais para a compreensão dos focos de angústia, das fantasias e dos mecanismos de defesa.

6) Privilegiar o julgamento clínico, mobilizando os recursos mentais do psicólogo para avaliar a relevância e o significado dos dados.

7) Subordinar o processo diagnóstico ao pensamento clínico, de modo que sua estruturação dependa da forma de compreensão adotada pelo profissional, e não de um procedimento uniforme.

8) Priorizar métodos e técnicas fundamentados na associação livre, como a entrevista clínica, a observação e o uso de instrumentos psicológicos concebidos como modalidades de entrevista, cujos resultados são analisados por meio da livre inspeção.

Em sua operacionalização, essa prática se define sobretudo pelo uso de métodos projetivos como dispositivos mediadores da relação com o psicólogo, possibilitando o acesso aos conteúdos inconscientes e a produção de encontros potencialmente transformadores com o paciente (Barbieri & Heck, 2017), do primeiro ao último encontro. Acerca da finalização do Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico, os últimos autores destacam que também está prevista uma entrevista final (“devolutiva”). Ocorre, contudo, que diferentemente do Psicodiagnóstico Tradicional, esse encontro adquire mais um caráter de “fechamento” e retomada daquilo que já vinha sendo discutido ao longo dos encontros anteriores. Afinal de contas, as intervenções e interpretações necessárias já ocorrem precocemente e não somente no fim de todo o processo.

Na perspectiva de Tardivo (2022), o Psicodiagnóstico Interventivo de orientação psicanalítica busca qualificar o atendimento clínico ao aprofundar a compreensão dos casos e, ao mesmo tempo, favorecer o diálogo com diferentes instituições, ampliando as condições para que estas se constituam como ambientes suficientemente bons. Isso implica que, para além da clínica tradicional, a modalidade aqui discutida se mostra especialmente necessária em contextos institucionais diversos, onde o cuidado psicológico acontece de forma ampliada. Diante dessas exposições, apresento a seguir o trajeto desenhado para a intervenção realizada

num CAPS II, no qual os principais instrumentos de avaliação-intervenção foram os recursos artístico-expressivos.

2.4.1 Recursos Artístico-expressivos no Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico

A arte sempre esteve em diálogo com a Psicanálise. Freud (2015) identificou nas produções artísticas um recurso para pensar os modos de expressão do inconsciente, dedicando-se a examinar obras, artistas e processos criativos como vias de acesso à vida psíquica. Ainda que Freud não tenha sistematizado o uso desses processos e dos diferentes recursos provenientes da arte no âmbito de sua clínica, a ideia de que o inconsciente se expressa por diferentes formas favoreceu o entendimento das produções artísticas como uma via fecunda de acesso à vida psíquica (Reis, 2014), o que torna promissor o exercício da Arteterapia.

O aparecimento da Arteterapia enquanto campo específico de atuação remonta ao início do século XX, nos Estados Unidos, tendo como principal referência Margareth Naumburg, psicóloga cuja prática se apoiava nos pressupostos da Psicanálise (Gianechini & Sei, 2012). A autora é descrita como “a ‘mãe’ da Arteterapia por ter sido a primeira a claramente diferenciá-la como um campo específico, estabelecendo os fundamentos teóricos sólidos para seu desenvolvimento (Ciornai, 2004, p. 25). Para Reis (2014), Naumburg parte do reconhecimento de que a produção artística não exige formação técnica do sujeito, uma vez que todos dispõem da capacidade de projetar seus conflitos internos em formas visuais.

Já no âmbito da psiquiatria, a aproximação entre arte e clínica se desenvolveu de forma particularmente significativa no contexto das instituições, sobretudo como contraponto às práticas de contenção e medicalização predominantes no início do século XX. No Brasil, esse movimento ganha expressão com experiências que articularam o cuidado psiquiátrico e a produção artística nos hospitais, destacando-se as contribuições de Ulysses Pernambucano,

Silvio Moura, Osório Cesar - muito influenciado pelas ideias de Freud - e Nise da Silveira, seguidora de Jung (Reis, 2014; Sei, 2010). Inaugura-se, então, um modo distinto de trabalho clínico, no qual a atividade artística opera como dispositivo de produção de sentido e de autoria, deslocando o sujeito da posição de objeto do tratamento para a de agente implicado em seu próprio processo.



Figura 7 - Pacientes no Ateliê do Hospital Psiquiátrico do Juquery (A. Brill, 1950)



Figura 8 - Algumas obras do Museu de Arte Osório Cesar



Figura 9 - Freud (I. Csibák, 1994) - Museu de Arte Osório Cesar



Figura 10 - Atividades no Engenho de Dentro



Figura 11 - Museu de Imagens do Inconsciente



Figura 12 - Guerreiro Egípcio (L. Noeman, paciente de Nise, anos 40)

Na atualidade, a Arteterapia configura-se como uma das práticas integrativas mais utilizadas no campo da saúde mental (Bueno & Filho, 2019). Reis (2014) explica que Arteterapia não se restringe ao contexto dos consultórios e vem se consolidando como recurso relevante em diferentes campos da Psicologia, a exemplo dos serviços de saúde. Consonante a isso, estudos sobre oficinas de Arteterapia no CAPS identificam que essas práticas contribuem, dentre alguns fatores, para o favorecimento da comunicação e da expressão emocional; promoção da reabilitação psicossocial; oferta de um espaço para novas experiências e para a construção subjetiva; circulação de afetos e uso da arte como ferramenta terapêutica; melhora do humor e redução da ansiedade; fortalecimento da identidade; valorização de formas singulares de livre criação; elevação da autoestima; melhora do equilíbrio emocional; diminuição dos sintomas; aumento da adesão e do envolvimento dos usuários; mudanças nos campos afetivo, interpessoal, relacional e social (Cavallini, 2020; Coqueiro, Vieira & Freitas, 2010; Duarte, Augusto & Portela, 2025; Mendes, Lopes & Lobo, 2016; Tavares, 2003).

Nessa esteira, Sei (2011) argumenta que a Arteterapia se utiliza de diferentes recursos artístico-expressivos. Para Simões (2011), eles podem ser organizados em diferentes campos, conforme a modalidade de linguagem mobilizada. Entre eles, incluem-se as formas de expressão plástica, como desenho, pintura, escultura, modelagem e colagem; as modalidades de expressão corporal, que envolvem mímica, dança e movimento; a expressão musical, por meio do uso de instrumentos ou da escuta musical; a expressão vocal, contemplando voz, canto e respiração; e, por fim, a expressão dramática, que abrange práticas de representação, dramatização e o emprego de técnicas psicodramáticas. Embora possuam formatos distintos, tais instrumentos compartilham a função de tornar figuráveis aspectos do funcionamento psíquico, individual ou grupal.

Assim como as técnicas projetivas, explicadas por Anzieu (1978), o indivíduo que entra em contato com os recursos artístico-expressivos é convidado a engajar-se livremente com os

materiais e com a proposta apresentada, podendo expressar-se conforme lhe ocorre, sem respostas previamente determinadas. Ainda, o autor aborda como a projeção, mecanismo de defesa descrito por Freud, é o principal operador com o qual os métodos projetivos trabalham. Tecendo um paralelo com esses últimos, os recursos artístico-expressivos também operam a partir de tal mecanismo, à medida que “O que está escondido fica, assim, iluminado; o latente se torna manifesto; o interior é trazido à superfície; o que há em nós de estável e também emaranhado se desvenda.” (Anzieu, 1978, p. 19).

A respeito da utilização de tais instrumentos no escopo desta pesquisa, almeja-se “uma espécie de psicodiagnóstico interventivo psicanalítico (Carnauba & Sei, 2024) ou de avaliação familiar (Machado; Féres-Carneiro & Magalhães, 2011)” (Mills, Oliveira & Sei, 2024, p. 3). Face a isto, adota-se uma sequência de recursos para viabilizar a comunicação clínica e a leitura das dinâmicas familiares. Conforme os últimos autores, essa sequência compreende a entrevista inicial; a Linha da Vida, com foco nos acontecimentos individuais dos membros da família; o Genograma, que permite centrar o olhar nos vínculos geracionais; e, por fim, o Espaçograma, recurso voltado à visualização do espaço habitado e à reflexão sobre as dinâmicas nele estabelecidas. Conforme a necessidade clínica, podem ainda ser incorporadas propostas complementares, como o Arte-Diagnóstico Familiar (ADF).

Haja vista as possibilidades supracitadas, exponho a seguir a proposta do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar empregada no decorrer deste estudo.

a) Entrevista inicial (ou semidirigida)

No contexto clínico, seja no âmbito individual ou grupal, a entrevista desempenha um papel elementar (Bleger, 1980/2001); para o terapeuta, é a forma de conhecer o(s) entrevistado(s) e avaliar a pertinência da oferta do tratamento, enquanto para o paciente ou o

grupo, configura um ambiente no qual um pedido de ajuda pode ser formulado. Corroborando com essa premissa, Ocampo, Arzeno e Piccolo (1986) descrevem que a entrevista inicial pode ser entendida como uma entrevista semidirigida, aquela na qual o paciente (ou o usuário, terminologia mais adequada aos participantes desta pesquisa) pode expor livremente suas questões, começando por onde desejar, fazendo uso, de certa forma, da regra fundamental da Psicanálise proposta por Freud (1913): a associação livre. Esta última refere-se, sumariamente, à “regra constitutiva da atuação psicanalítica, segundo a qual o paciente deve esforçar-se por dizer tudo o que lhe vier à cabeça, principalmente aquilo que se sentir tentado a omitir, seja por que razão for” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 649).

Na perspectiva de Ocampo, Arzeno e Piccolo (1986), contudo, essa técnica - a entrevista inicial ou semidirigida - difere de uma entrevista totalmente livre no sentido de que o entrevistador é mais interventivo, podendo este:

a) assinalar alguns vetores quando o entrevistado não sabe como começar ou continuar. Estas perguntas são feitas, é claro, da maneira mais ampla possível; b) assinalar situações de bloqueio ou paralisação por incremento da angústia para assegurar o cumprimento dos objetivos da entrevista; c) indagar acerca de aspectos da conduta do entrevistado, aos quais este não se referiu espontaneamente, acerca de “lacunas” na informação do paciente e que são consideradas de especial importância, ou acerca de contradições, ambiguidades e verbalizações “obscuras” (Ocampo, Arzeno & Piccolo, 1986, p. 17).

Complementando essas ideias, as autoras recomendam que, nesse momento de entrevistas iniciais (ou semidirigidas, como assinalam), se possa iniciar com uma técnica mais diretiva, depois trabalhar com a livre expressão do entrevistado e, em seguida, adotar novamente uma técnica diretiva a fim de preencher as possíveis lacunas. Desse modo, a adoção de uma técnica um pouco mais diretiva pode ajudar a bordejar o processo, delimitando, num

curto período de tempo, a queixa e a pertinência do processo para aquele(s) indivíduo(s), sem perder de vista os preceitos teóricos que sustentam a interpretação e a intervenção do psicoterapeuta.

Para tanto, estipulou-se um roteiro de perguntas (Apêndice C) com o intuito de delimitar o início deste Psicodiagnóstico Interventivo, valendo-se de uma entrevista semidirigida. Esta buscou coletar informações relativas à configuração familiar, à dinâmica relacional, ao percurso de adoecimento e de inserção no CAPS, bem como aos efeitos do tratamento na rotina doméstica e na saúde emocional dos diferentes membros da família/do casal. Para além do levantamento de dados, buscou-se a emergência de sentidos atribuídos pela família/casal ao sofrimento psíquico, aos impasses vividos no cuidado cotidiano e às expectativas dirigidas ao acompanhamento no serviço. Apoiado nas contribuições de Sei (2011), esse encontro inicial foi

[...] destinado à escuta da história pessoal de cada indivíduo e da demanda familiar; percepção da organização espacial da família na sala, divergência ou convergência dos discursos, capacidade de escuta dos familiares ou se o discurso individual era marcado por interrupções dos demais; elaboração do contrato do atendimento” (p. 79).

b) Linha da vida

Pode ser compreendida como uma ferramenta clínica que permite a representação de acontecimentos significativos ao longo da vida, favorecendo a disposição temporal da experiência e a elaboração narrativa dos eventos vividos. Essa organização não se limita à enumeração cronológica de fatos, mas envolve um trabalho de seleção e hierarquização das experiências, no qual afetos, memórias e sentidos atribuídos ao vivido são materializados no papel. No escopo da Psicologia, vem-se utilizando esse recurso com base em diferentes finalidades:

[...] em uma perspectiva sistêmica pode ser considerada como uma via para documentação de processos familiares, identificando vivências positivas ou negativas e como puderam ser superadas (Pinheiro-Carozzo, 2020); no contexto da saúde para avaliar o desenvolvimento familiar, correlacionar acontecimentos a patologias, favorecendo um entendimento do processo de saúde e doença (Fonseca et al., 2022); em intervenções grupais com adolescentes, solicitando que representassem momentos (Mills, Oliveira & Sei, 2024, p. 4).

Acerca da influência psicanalítica no uso desse instrumento, é cabível uma inclinação a Freud (1937/2017), quando em “Construções em análise” ele realiza uma analogia entre o trabalho do psicanalista e do arqueólogo: “Ele terá de inferir o esquecido a partir dos sinais por ele deixados, ou, mais corretamente, ele terá de construir o esquecido” (p. 367). Para isso, o paciente “precisa voltar a recordar determinadas vivências e moções de afeto por ela desencadeadas, que atualmente estão sob o esquecimento” (p. 366). Nessa perspectiva, a técnica analítica não se orienta pela tentativa de recuperar o passado para interpretá-lo à luz do presente; seu objetivo é dispor as lembranças em uma sequência temporal, possibilitando que aquilo que foi desconstruído possa emergir, tornando apreensível a dimensão da realidade histórica (Nobre, 2019).

No que concerne à elaboração dessa atividade, propõe-se o desenho de uma linha, geralmente na horizontal, por meio de lápis, canetas, giz e outros materiais gráficos, com a produção realizada em suportes como papel sulfite, cartolina ou similares (Mills, Oliveira & Sei, 2024). Entretanto, por não se tratar de um instrumento padronizado, observa-se uma diversidade nos modos de construção e aplicação da linha.

Em algumas propostas, recorre-se a suportes visuais e simbólicos que favorecem a articulação entre passado e presente, como o uso de fios coloridos dispostos sobre cartolinas, compondo graficamente o percurso vivido (Valladares-Torres & Santiago, 2020). Em outras,

privilegia-se a fotografia como meio de acesso às memórias (Philippini, 2009), permitindo que imagens concretas funcionem como disparadores de lembranças e afetos ligados a experiências marcantes, que passam a estruturar a linha da vida. Em ambas as perspectivas, preserva-se a utilidade do recurso como mediador da narrativa e da elaboração da história pessoal ou familiar.

Apesar da escassez de estudos que versam a respeito desse recurso, constata-se que, na perspectiva familiar, ela permite-nos mapear quais acontecimentos são selecionados como relevantes, se a importância atribuída a esses eventos é compartilhada ou divergente entre os membros, e se as histórias individuais se articulam em uma narrativa coletiva ou permanecem justapostas. Tornam-se perceptíveis, também, diferenças na forma de recordar os mesmos acontecimentos, variações na intensidade afetiva atribuída a determinados períodos, bem como lacunas, omissões e dificuldades de inscrição de certos eventos ao longo do tempo.

c) Genograma

Não somente no âmbito da Psicologia, o genograma vem sendo utilizado por diferentes profissionais da área da saúde (Santos & Gomes, 2018). Funcionando como uma espécie de árvore genealógica, refere-se a uma produção gráfica da estrutura familiar ao longo das gerações, possibilitando a visualização de uma diversidade de dados (médicos, genéticos, sociais, culturais e emocionais) (Franco & Sei, 2015). Desta forma, pode-se mapear muitos elementos significativos da história de um grupo a partir das representações colocadas no papel. Segundo Muniz e Eisenstein (2009, p. 75), “Isto contribui para levantar hipóteses de como um problema clínico pode estar correlacionado ao contexto psicossocial daquela família no decorrer do tempo”.

Por se tratar de um instrumento mais sistematizado, o genograma apresenta algumas regras em sua elaboração. Ainda de acordo com Muniz e Eisenstein (2009), tem-se o uso de

determinados símbolos para indicar os membros da família e alguns eventos específicos, os quais foram padronizados pelo Grupo Norte-Americano de Pesquisa em Atenção Primária (*North American Primary Care Research Group*), nos anos 1980. Contudo, como salientam Franco e Sei (2015), tais regras podem ser ajustadas a depender do contexto em que se insere a confecção deste recurso. Na circunstância desta pesquisa, os participantes foram instruídos apenas sobre “a representação habitual de homem (□) e mulher (○), da ligação de casamento (—), filiação (|) e fraternidade (└─)” (Mills, 2024, p. 20).

Mediante o emprego deste recurso, torna-se possível verificar regularidades e rupturas na organização dos vínculos familiares, bem como padrões que atravessam diferentes gerações, especialmente no que diz respeito à transmissão psíquica, às alianças inconscientes e às repetições de lugares e funções no grupo familiar (Franco & Sei, 2015). Ainda conforme esses últimos autores, o genograma favorece a formulação de hipóteses clínicas sobre o funcionamento do grupo e sobre a queixa apresentada, ao mesmo tempo em que pode produzir efeitos de reconhecimento e elaboração para os próprios participantes, ao tornar visíveis certas configurações relacionais que até então permaneciam difusas ou não simbolizadas.

d) Espaçoograma

O espaçoograma, por sua vez, configura-se como um recurso mediador que se insere no campo da psicoterapia psicanalítica de casal e família como resposta aos limites da linguagem exclusivamente verbal, sobretudo em contextos marcados por falhas de simbolização, passagens ao ato, somatizações e organizações psíquicas graves (Benghozi, 2010). Consiste numa representação desenhada, plástica ou pictórica do espaço vivido e habitado pelos membros da família, concebendo-o não como um simples desenho da casa, mas como uma projeção inconsciente do espaço psíquico individual e familiar. Trata-se, para Benghozi (2010),

de um dispositivo que permite figurar, no *setting* terapêutico, tanto a imagem inconsciente do corpo familiar quanto a organização genealógica dos vínculos psíquicos, tornando visíveis aspectos que permanecem pouco acessíveis pela via discursiva tradicional.

Segundo o autor supracitado, a proposta do espaçograma sustenta-se na liberdade formal e técnica, sem códigos prescritos ou instruções rígidas, favorecendo a emergência de associações a partir da representação do espaço-casa em suas múltiplas dimensões. Desenhos, colagens, esquemas, maquetes ou esculturas podem ser utilizados para figurar a disposição dos cômodos, a presença ou ausência de portas, janelas e corredores, os limites entre dentro e fora, bem como zonas de passagem, vazios, acúmulos e rupturas. Esses elementos espaciais operam como suportes simbólicos que dão forma a fronteiras psíquicas, territórios íntimos e coletivos, movimentos intrusivos ou defensivos, permitindo que afetos, memórias, sensações corporais e histórias familiares encontrem vias de expressão e elaboração (Benghozi, 2010).

No contexto brasileiro, alguns estudos têm evidenciado a pertinência do espaçograma como recurso facilitador do trabalho psíquico grupal, inclusive em situações atípicas, como o período da COVID-19, favorecendo a emergência de conteúdos que expressam dificuldades relacionais do grupo (Carvalho, Sei & Machado, 2024). No caso de famílias incestuosas, o caráter projetivo e expressivo do espaçograma possibilitou o acesso a conteúdos indizíveis, como segredos e traumas transgeracionais (Sanches & Sei, 2020). Um outro estudo indica que o recurso também torna visível aspectos da rotina e da organização espacial familiar, evidenciando padrões de distanciamento parental e modos de relação entre seus membros (Carnauba et al., 2023).

Nesta direção, a partir do espaçograma, podem ser constatados diversos elementos que informam sobre a organização psíquica e vincular da família. A representação do espaço habitado permite observar como o grupo se organiza em torno de fronteiras, separações e zonas de contato, oferecendo indícios sobre a diferenciação, ou confusão, entre dentro e fora, íntimo

e coletivo, próprio e compartilhado. A presença de casas sem portas ou janelas, por exemplo, pode remeter a dificuldades de circulação psíquica, enquanto corredores excessivamente longos, cômodos isolados ou espaços inacessíveis podem indicar afastamentos, segredos ou áreas interditadas da vida familiar (Benghozi, 2010).

O terapeuta pode ficar atento à forma como os espaços são distribuídos e hierarquizados, observando quais ambientes ganham destaque, quais permanecem esvaziados e quais sequer são representados. A ausência de determinados cômodos, assim como a sobreposição de espaços ou a falta de delimitação entre eles, pode sinalizar falhas nas fronteiras psíquicas e nos processos de diferenciação subjetiva. Também merecem atenção os vazios, buracos, interrupções ou excessos de preenchimento. A proximidade ou distância entre os lugares ocupados, bem como a existência de zonas comuns ou territórios rigidamente separados, oferece pistas sobre as alianças, exclusões e modos de pertencimento.

Por fim, o terapeuta pode observar o modo como o grupo se engaja na tarefa: quem inicia o desenho, quem completa, quem se retira ou silencia, quais conflitos emergem durante a construção e quais narrativas se organizam a partir da imagem produzida.

e) Arte-Diagnóstico Familiar (ADF)

O Arte-Diagnóstico Familiar (ADF) é um instrumento de avaliação utilizado no período das entrevistas iniciais na psicoterapia de família, concebido para investigar o funcionamento familiar e favorecer a construção da demanda terapêutica (Machado, Féres-Carneiro & Magalhães, 2008). Trata-se de uma técnica projetiva, de base expressiva, desenvolvida por Hanna Kwiatkowska, que utiliza a produção gráfica conjunta da família como via de acesso a conteúdos individuais e grupais. Segundo as autoras mencionadas inicialmente, o instrumento

de Kwiatkowska foi construído progressivamente, passando por sucessivas reformulações e pesquisas e consiste em desenhos com temas previamente definidos.

De acordo com tais estudiosas, o ADF é aplicado em uma única sessão, com duração aproximada de uma hora e meia a duas horas, envolvendo todos os membros possíveis da família. O procedimento é composto por seis etapas sequenciais, realizadas individualmente ou em conjunto, conforme a tarefa. Cada participante dispõe de folhas de papel e materiais gráficos, produzindo seus desenhos de forma livre, assinando, datando e atribuindo títulos às criações. Ao longo de todo o processo, observam-se também as interações, falas, silêncios e comportamentos não verbais.

Baseando-se em Kwiatkowska (1971) e Machado, Féres-Carneiro e Magalhães (2008), temos o seguinte esquema: na primeira etapa, solicita-se um desenho livre, no qual cada membro deve desenhar o que desejar, sem tema definido. Em seguida, realiza-se o retrato da família, pedindo que cada participante desenhe sua família de corpo inteiro, incluindo a si mesmo, identificando posteriormente as figuras representadas. A terceira etapa, denominada retrato da família abstrata, consiste na representação de cada membro familiar por meio exclusivo de cores e formas, sem figuras humanas, expressando percepções e sentimentos relativos a cada um.

Após essa tarefa, é proposto um breve exercício de relaxamento, “pois cada tema pode provocar afetos intensos e estressantes” (Machado, Féres-Carneiro & Magalhães, 2008, p. 559). Na quarta etapa, realiza-se o rabisco individual: cada participante faz inicialmente um movimento livre no ar e, em seguida, repete o gesto no papel, transformando o rabisco em uma figura. A quinta etapa corresponde ao rabisco em conjunto, no qual a família escolhe um dos rabiscos e constrói coletivamente um desenho único, decidindo também um título e uma forma comum de assinatura. Por fim, a sexta etapa consiste em um novo desenho livre, solicitado após a vivência das tarefas anteriores, encerrando o procedimento

Após a sessão de aplicação, realiza-se uma sessão de devolutiva, na qual os desenhos são retomados junto à família. Nesse momento, busca-se promover uma leitura compartilhada do material produzido, incentivando que os próprios membros atribuam sentidos às imagens e às interações observadas. Salienta-se que a entrevista devolutiva desta atividade se deu no encontro de encerramento do Psicodiagnóstico Interventivo, como é explicitado abaixo.

f) Entrevista final ou devolutiva

Neste encontro, de forma espontânea, as produções do ADF foram retomadas e propiciaram as últimas intervenções necessárias ao fechamento do processo em questão. Segundo Barbieri (2010), no Psicodiagnóstico Interventivo, a devolutiva não se restringe à apresentação dos resultados como no psicodiagnóstico tradicional, mas constitui-se como um momento clínico que, apoiado no vínculo entre psicólogo e paciente(s), pode favorecer processos de desenvolvimento. Nesse sentido, a finalidade deste último encontro foi recolher as percepções dos participantes, oferecer minhas últimas observações, realizar um fechamento do processo e, pensar, em conjunto, nos encaminhamentos possíveis.

Acerca da relação entre essa teoria psicanalítica e os recursos propostos, Sei (2011) argumenta que eles:

Proporcionam uma linguagem de comunicação inovadora e pautada no criar, de maneira que são disponibilizados técnicas e materiais artístico-expressivos, mas não a submissão do paciente às aspirações do terapeuta. Procura-se construir um setting aberto à expressividade do indivíduo, marcado pela presença viva e atenta do terapeuta, cujo papel é de colaborar para que a pessoa possa trilhar seus próprios caminhos (Sei, 2011, p. 41).

Considera-se que os recursos artístico-expressivos podem ser úteis para explorar a estrutura familiar e o material inconsciente que permeia a dinâmica familiar, facilitando a reestruturação ou o equilíbrio dos vínculos familiares (Franco, Almeida & Sei, 2016; Franco & Sei, 2016; 2019).

Explicada a proposta que orientou minhas ações em um CAPS II, pondera-se que o uso desse tipo de instrumentos durante o Psicodiagnóstico Interventivo proporciona ao terapeuta uma avaliação globalizada e precisa do caso e ao paciente a melhor compreensão de si mesmo, além de uma possível preparação para a psicoterapia futuramente (Milani, Tomael, & Greinert, 2014). Em vista disso, propõe-se que, além do Psicodiagnóstico Interventivo psicanalítico infantil e o Psicodiagnóstico Interventivo do adulto, os quais são mais emergentes na literatura, haja mais estímulo ao Psicodiagnóstico Interventivo psicanalítico do casal e da família (ou aqui batizado como Psicodiagnóstico Interventivo Familiar), cujos desdobramentos serão discutidos ao longo deste trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar um processo Psicodiagnóstico Interventivo Familiar com usuários de um CAPS II e seus familiares.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as especificidades da dinâmica familiar dos participantes;
- b) Refletir sobre o uso de recursos artístico-expressivos que favoreçam a expressão de conteúdos latentes do grupo familiar;
- c) Analisar se há a emergência de uma demanda familiar compartilhada para além da queixa individual.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 PESQUISA QUALITATIVA

É imprescindível que, no âmbito da pesquisa em Psicologia, particularmente no campo da Psicologia Clínica, sejam empreendidas abordagens que propiciem uma análise em profundidade dos fenômenos que permeiam a vida humana, dada as formas complexas e dinâmicas pelas quais se apresentam. Porque opera a partir da subjetividade e por se configurar como um “procedimento essencialmente construtivo-interpretativo” (Pinto, 2004, p. 74), a pesquisa de natureza qualitativa demonstra-se mais consonante com este estudo. Na direção dessas ideias, Turato (2005) expõe as características que orientam a pesquisa do tipo qualitativo:

a) O projeto é aberto, flexível e com procedimentos ajustáveis: o delineamento metodológico não é rigidamente pré-fixado, permitindo reformulações ao longo do trabalho conforme as demandas do campo e os achados empíricos.

b) O pesquisador é um instrumento específico no decorrer da pesquisa: a produção dos dados depende diretamente da implicação do pesquisador e de como este utiliza seus sentidos (a escuta, o olhar, as sensações, os gestos, etc.).

c) O uso de instrumentos complementares: além das entrevistas e observações, recorre-se a fontes adicionais, como prontuários e técnicas projetivas, que contribuem para uma compreensão mais ampla e aprofundada do fenômeno investigado.

d) A amostragem é intencional e o número de participantes definido em campo: os participantes são escolhidos pela pertinência ao objeto de estudo, e não por critérios estatísticos, sendo comum trabalhar com um número reduzido de sujeitos.

e) Os constructos teóricos vão amadurecendo ao longo da pesquisa e as hipóteses são revistas: a teoria não é aplicada de forma rígida, mas construída em diálogo com o material empírico, permitindo reformulações conceituais e hipóteses provisórias.

f) A verificação é feita pelo leitor da pesquisa: a validade do estudo se sustenta na coerência do percurso metodológico e interpretativo, possibilitando que o leitor acompanhe, compreenda e avalie criticamente as conclusões apresentadas.

Ainda consultando Turato (2005), o método qualitativo pode ser colocado em diálogo direto com a Psicanálise, na medida em que esta figura entre as disciplinas que historicamente o mobilizam e, ao mesmo tempo, contribuíram de modo decisivo para a consolidação da cientificidade nas Ciências Humanas. Como já indicava Freud (1913/2010), a Psicanálise se estrutura a partir do enlace entre tratamento e investigação, fazendo da clínica um espaço legítimo de produção de conhecimento. Foi o conhecimento acumulado por intermédio de diferentes histórias/casos clínicos que ajudou o pai da Psicanálise a estruturar sua teoria, o que ressalta a importância que o estudo de caso assume na transmissão de um saber.

Para Serralta, Nunes e Eizirik (2011), o relato de casos tem sido a base de pesquisas em Psicanálise e psicoterapia psicanalítica e revelam-se muito úteis por ajudar a compreender como ocorrem as mudanças, favorecer a construção e a revisão de teorias e permitir estudar as psicoterapias considerando a dimensão subjetiva presente em cada encontro clínico. Na Psicanálise, como argumenta Naffah Neto (2006), nenhum acontecimento pode ser reproduzido, pois cada experiência é única e não se deixa reduzir a elementos fixos ou abstratos que possam ser controlados ou repetidos experimentalmente. Nas palavras de Winnicott (1971/2023c, p. 11), “não existem dois casos iguais”.

Na direção desses pressupostos, o estudo de caso, modalidade utilizada em várias áreas do conhecimento, apresenta-se como estratégia metodológica mais adequada aqui, pois é justamente a aposta no singular que subsidia este trabalho. Segundo Creswell (2014), é por

meio desse tipo de recurso que o pesquisador investiga, ao longo do tempo, um caso ou um conjunto de casos situados na realidade contemporânea, recorrendo a uma coleta aprofundada de dados provenientes de diferentes fontes, como observações, entrevistas e outras produções documentais, para depois analisá-los.

Por fim, tal opção sustenta-se na premissa de que, nas Ciências Humanas, a legitimidade do conhecimento também se constrói pela escuta atenta das experiências dos sujeitos, reconhecendo suas narrativas como fontes válidas de saber e conferindo-lhes protagonismo no próprio processo de investigação científica.

4.2 PROCEDIMENTO

A intervenção, de caráter breve, foi realizada em uma das salas de atendimento no próprio CAPS II onde os participantes eram acompanhados, em um local com as devidas condições de privacidade e bem-estar aos participantes. O processo do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar previa cerca de oito encontros, com duração de cinquenta minutos a uma hora cada e em frequência semanal, o que totalizou um período aproximado de dois meses. Dada a característica desse método, havia a possibilidade de se realizarem mais ou menos encontros, a depender da vivência no campo.

Após essa sequência de encontros, tendo ocorrido o período de coleta, os participantes foram convidados, caso desejassem, a ingressar em psicoterapia familiar ofertada em um projeto de extensão na Clínica Psicológica da UEL, com o próprio pesquisador. Esse convite partiu da premissa de que, no decorrer da sequência da intervenção, tanto os participantes quanto o pesquisador puderam observar a pertinência de um tratamento em conjunto. Nesse sentido, a pesquisa cumpriu sua responsabilidade para com os participantes, ao oferecer, caso

consentissem, a possibilidade de iniciar psicoterapia familiar no referido projeto, conforme a anuência da coordenação deste (Anexo A).

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (UEL), sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de nº 81530124.1.0000.5231. Complementarmente, a pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade onde foi realizada, garantindo que a pesquisa estivesse alinhada com as políticas de saúde locais. O processo de coleta de dados ocorreu por meio do aceite de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disposto no Apêndice A (versão para o usuário) e B (para os familiares), a partir do qual os participantes foram esclarecidos sobre os aspectos da pesquisa. O pesquisador também firmou um Termo de Confidencialidade e Sigilo (Apêndice D), dado que esteve em acesso a informações de caráter privado durante sua permanência no CAPS II em questão.

4.4 INSTRUMENTOS

A primeira etapa do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar consistiu numa entrevista semidirigida, cujo roteiro consta no Apêndice C, elaborado pelo próprio pesquisador, em que foram recolhidas informações mais abrangentes de cada unidade familiar e estabelecimento de *rapport*. Posterior à entrevista semidirigida, os encontros subsequentes consistiram na aplicação de recursos artístico-expressivos e a discussão dessas produções no âmbito grupal. Conforme explicado anteriormente, essas ferramentas mediadoras foram:

a) A linha da vida: recurso gráfico e narrativo que organiza, em uma linha do tempo, acontecimentos significativos da história individual ou familiar (Mills, Oliveira & Sei, 2024).

b) O genograma: como uma espécie de árvore genealógica, consiste na representação gráfica da estrutura familiar ao longo de gerações (Franco & Sei, 2015).

c) O espaçograma: mapeia os espaços físicos e simbólicos ocupados pelos membros da família (Benghozi, 2010).

d) O Arte-Diagnóstico Familiar (ADF): técnica de avaliação familiar baseada em desenhos com temas pré-definidos (Kwiatkowska, 1971; Machado, Féres-Carneiro & Magalhães, 2008).

Parte-se da compreensão de que os recursos artístico-expressivos podem funcionar como mediadores na exploração da dinâmica familiar, permitindo acessar a composição do grupo, as histórias e segredos compartilhados, os papéis desempenhados por cada membro e o material inconsciente que os atravessa, favorecendo processos de reorganização ou de manutenção do equilíbrio dos vínculos (Franco, Almeida & Sei, 2016).

A escolha de instrumentos com essas características ancorou-se na dificuldade que muitos sujeitos apresentam no campo interativo, especialmente em contextos que envolvem estados de sofrimento psíquico, a exemplo do que o CAPS se propõe a acolher, aspecto este que poderia inviabilizar a comunicação sustentada primordialmente pela fala. Por essa razão, os recursos gráficos favorecem não somente a expressão de conteúdos inconscientes por meio da projeção, mas tornam possível uma outra forma de comunicação entre os participantes e o pesquisador.

4.5 PARTICIPANTES

Num primeiro momento, esperou-se que a pesquisa fosse desenvolvida com ao menos três famílias que possuísem algum membro em acompanhamento no CAPS II, compondo três estudos de caso distintos. Todavia, dois núcleos familiares participaram da pesquisa:

a) Bárbara e Leonardo: casal de namorados, ambos muito jovens; ela com 23 e ele com 24 anos de idade. Bárbara não trabalhava à época e Leonardo é do ramo da tecnologia. Dada sua flexibilidade no trabalho, Leonardo tinha condições de acompanhar Bárbara (a usuária do CAPS) em sua rotina no serviço, que incluía: participação no grupo psicoterapêutico para pacientes com transtorno de personalidade e grupo de atividade física. O namorado, por sua vez, frequentava as reuniões de família.

b) Francisca e Samuel: díade mãe-filho. Francisca, de 62 anos, é a mãe adotiva de Samuel, jovem de 21 anos. Ele, que era usuário do serviço, fazia parte do grupo psicoterapêutico de neuroestimulação, realizava atendimentos individuais com sua técnica de referência, enquanto a mãe participava das reuniões de família.

Ressalta-se que os verdadeiros nomes aqui foram alterados para preservar suas identidades, assim como das outras pessoas citadas ao longo dos relatos. Embora bastante distintos em estrutura e dinâmica, ambos revelam arranjos familiares marcados por vivências de perda, dependência e dificuldades de comunicação. O primeiro caso, a despeito de não finalizado por indisponibilidade dos participantes, contribuiu significativamente para a pesquisa e, portanto, foi mantido o material advindo do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar até o momento em que este foi suspenso.

Esses participantes foram selecionados entre os usuários atendidos em um CAPS II de um município no norte do Paraná. A equipe da unidade, em colaboração com o pesquisador, identificou os usuários que melhor atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa e entrou em contato para convidá-los, bem como seus familiares, a participarem da pesquisa. Foram elencados os seguintes critérios: a) estar em acompanhamento no serviço, b) ter algum familiar

para acompanhá-lo ao longo do processo. Os critérios de exclusão englobaram: a) indivíduos com quaisquer déficits cognitivos que pudessem prejudicar a compreensão tanto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quanto dos instrumentos de pesquisa, b) indivíduos em crise, ou seja, em estados demasiadamente graves, c) indivíduos que, por razões particulares, não consentissem em participar.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados seguiu a lógica do estudo de caso, tendo como base o material clínico produzido durante o processo do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar, sistematicamente registrado ao término de cada encontro. Esses registros eletrônicos, armazenados em um Drive próprio para este fim, foram posteriormente discutidos em supervisão semanal no âmbito do projeto de extensão “Clínica Psicanalítica de Casal e Família na Clínica Psicológica da UEL - Fase 2”, mediante as considerações da orientadora deste trabalho e dos demais colaboradores do projeto. A discussão do material foi conduzida a partir do referencial teórico adotado ao longo deste trabalho: a Psicanálise de Casal e Família e a Psicanálise Winnicottiana.

5 RESULTADOS

Inserir-se no universo do CAPS implicou numa ambiência por parte do pesquisador: participar de reuniões de equipe, ouvir relatos de atendimentos e acompanhar o manejo do cuidado em saúde mental por diferentes profissionais. Esse convívio permitiu captar as nuances da rotina do serviço e compreender a circulação das famílias nesse espaço, bem como perceber a necessidade de intervenções que considerem o trabalho com as famílias em benefício do usuário.

Inegavelmente, esse diálogo com a equipe ampliou o campo de percepção do pesquisador, permitindo um olhar mais situado sobre os participantes, de modo que, mesmo não pertencendo à equipe, acabou sendo “adotado”. Assim a construção do caso se dá neste contexto multidisciplinar, não de forma isolada, mas em permanente interlocução com outros profissionais, num exercício coletivo de escuta, reflexão e cuidado com o humano.

Passemos, portanto, aos casos que compuseram esta dissertação.

5.1 BÁRBARA E LEONARDO

O casal Bárbara e Leonardo foram os primeiros participantes da pesquisa. Em reunião, a equipe havia previamente situado o pesquisador acerca do caso de Bárbara, usuária do CAPS, e de Leonardo, seu namorado, que vinha acompanhando o tratamento. Segundo os técnicos, a pesquisa poderia ser muito benéfica a esse casal em específico, que prontamente aceitou participar do processo.

5.1.1 Primeiro encontro

Bárbara (23) e Leonardo (24) aparentavam mais velhos do que realmente eram. A equipe havia previamente contextualizado o caso de Bárbara, usuária do CAPS, e de Leonardo, seu namorado, que vinha acompanhando o tratamento. O casal já aguardava na recepção e foi encaminhado ao consultório pelo educador físico, aqui referido como Ronaldo, que os introduziu. O pesquisador se apresentou como psicólogo e explicou que a entrevista fazia parte de sua pesquisa de mestrado. Questionou o que eles haviam compreendido do convite feito pela equipe e, em seguida, detalhou os objetivos da proposta. Demonstraram muito interesse e disposição para participar. Em seguida, o pesquisador pediu que lhe contassem mais sobre si, estimulando a livre associação de ideias.

Leonardo iniciou o relato, falando sobre como se conheceram, sobre os eventos traumáticos que compartilhavam e sobre sua disponibilidade para entender melhor o que se passava com Bárbara. Destacou o assassinato de seu pai no ano anterior, que havia transformado seu humor, rotina e vida. Bárbara relatou que, assim como Leonardo, também havia perdido um irmão de forma violenta e que ambos presenciaram a morte dos entes falecidos. Namoravam havia dois anos e dois meses e estavam morando, provisoriamente, na casa da mãe de Leonardo, que era o único a trabalhar.

Leonardo preferia que Bárbara não trabalhasse para dedicar-se à recuperação no CAPS. Ele trabalhava na área de T.I. em uma nova empresa havia três meses. Bárbara dizia que o namorado não reconhecia suas conquistas, ao passo que Leonardo argumentava que fazia o seu melhor, sendo a única fonte de renda do casal, e temia o que aconteceria se não trabalhasse. A rotina consistia em trabalho para ele, e estudos para ela, que se dividia entre conteúdos de T.I. (mesma área do namorado) e vestibular, quando não estava no CAPS. Aos fins de semana, buscavam fazer atividades juntos, como caminhar e cozinhar.

Leonardo demonstrava empenho para apoiá-la, mesmo lidando com suas próprias dificuldades. Relatou que passou a comer compulsivamente, perdeu o físico que tinha e

abandonou a rotina de exercícios. Disse que processou o local onde o pai fora morto, pela falta de assistência, e que rompeu com a família paterna, mantendo contato apenas com a mãe e a irmã. Bárbara falou pouco sobre sua família, mas mencionou que suas questões familiares a levaram a buscar o CAPS. Estava em acompanhamento havia dois meses e relatava que vinha mexendo em muitos aspectos pessoais, especialmente na última semana, após uma atividade no grupo psicoterapêutico. Ambos expressavam esperança de que Bárbara melhorasse e que vivessem melhor como casal. Contam que já haviam feito terapia anteriormente e consideraram a experiência positiva, assim como estavam otimistas para esse período de tempo com o pesquisador. Por último, em conjunto, pesquisador e casal definiram o horário dos encontros, alinhando-se ao tempo de intervalo de almoço de Leonardo.

A entrevista ocorreu em um consultório do CAPS, com uma mesa separando os participantes. Para aproximar a comunicação, o pesquisador remanejou sua cadeira para criar um espaço menos formatado pelo modelo médico. Ao final, percebeu que seria possível também arrastar o banco onde o casal estava, o que seria útil para os próximos encontros quando fossem realizar as produções gráficas.

5.1.2 Segundo encontro

O pesquisador os chamou até o consultório, questionando como estavam e como haviam passado desde o último encontro. Leonardo respondeu, após uma pausa, "Acho que bem". Explicou que tinha dificuldades para entender Bárbara e que ela parecia estar brava com ele por razões que desconhecia. Bárbara disse que esse era seu jeito, que não estava brava, apenas não estava feliz, e que não era por causa dele. Para ela, suas justificativas não eram suficientes para que Leonardo compreendesse.

Citou o que ocorrera naquele dia: dormira mal, acordara tarde e foi até o quarto onde Leonardo trabalhava para pegar o Rivotril. Não conversou com ele porque ele usava fones de ouvido e, às vezes, estava em reunião. Não queria atrapalhá-lo. Quando chegaram ao CAPS, ele não lhe deu as mãos e ela só soube naquele momento que ele estava incomodado. Ambos concordaram que a comunicação era o maior problema. Leonardo disse que, na terapia anterior, o psicólogo havia "validado" que Bárbara se incomodava com tudo. Ela discordou, balançando a cabeça. Leonardo dizia não saber como falar com ela, que tudo parecia magoá-la e que ele se sentia "pisando em ovos".

Falaram sobre a terapia anterior: o psicólogo atendia ambos individualmente, mas parou de atender Leonardo. Foram poucas sessões, e a experiência foi avaliada de forma divergente: boa para ele, insatisfatória para ela. Bárbara dizia não ser alguém que fala muito. Também abordaram a rotina doméstica e Leonardo informou que gostaria que Bárbara ajudasse mais. Bárbara respondeu que não sabia que aquilo ainda o incomodava, pois já haviam conversado sobre, até que a discussão evoluiu. Leonardo começava a apontar as falhas dela e hesitava em seguida; ela discordava com a cabeça, cobria o rosto, falava em tom de deboche. Listou as tarefas que fazia: lavava a louça quando comia (dizia que às vezes esquecia de comer), limpava o banheiro, o jardim de inverno, passava o aspirador ocasionalmente. Não cozinhava, pois essa era tarefa da mãe de Leonardo, com quem eles moravam. Questionou se o incômodo vinha do fato de, no dia anterior, a sogra não ter cozinhado e ela não ter se oferecido. Ele não confirmou nem negou.

O pesquisador retoma um ponto em comum do casal: a relação com a comida. No encontro anterior, Leonardo relatou comer compulsivamente; agora, Bárbara dizia esquecer de comer. Questiono se isso tinha relação com uma piada feita anteriormente sobre o corpo. Bárbara chorou e não respondeu. Diante do clima delicado, valorizei o que haviam trazido, dizendo que estavam tratando de temas que não discutiam entre si fora dali. Para retomar o

objetivo do encontro, propus, então, a construção da linha da vida, algo com o qual eles prontamente concordaram. Aproximaram o banco até a mesa do pesquisador e iniciaram a produção de forma individual.

Ambos estavam muito compenetrados durante esse momento. Leonardo concluiu primeiro, enquanto Bárbara apagava com frequência e mantinha-se em silêncio, olhando para os lados, refletindo.

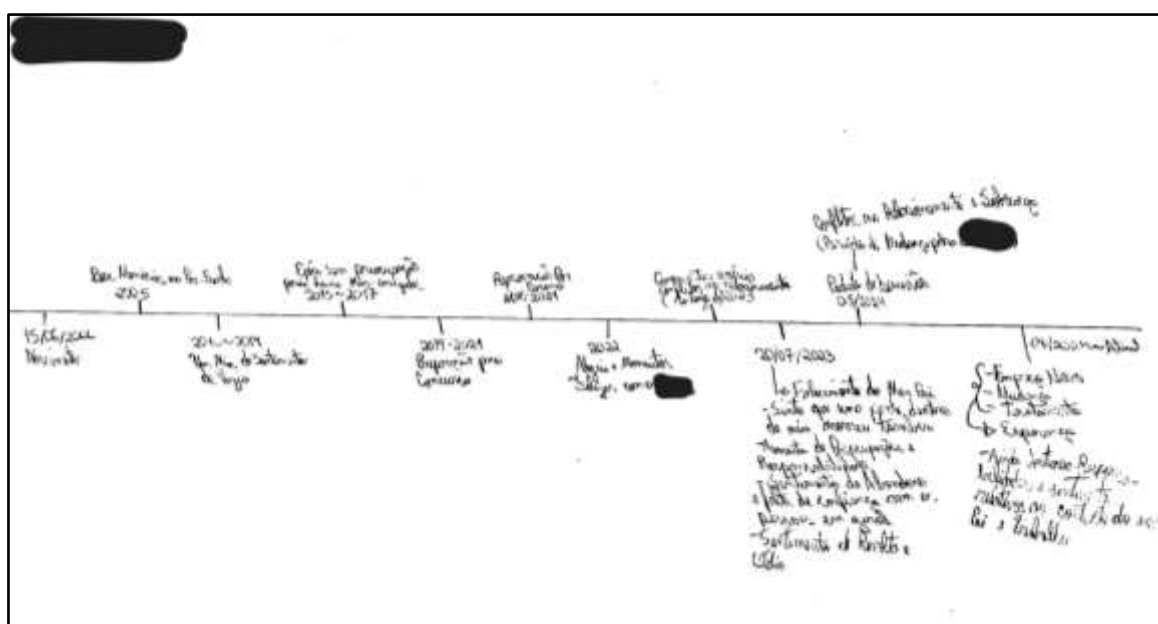


Figura 13 - Linha da vida de Leonardo.

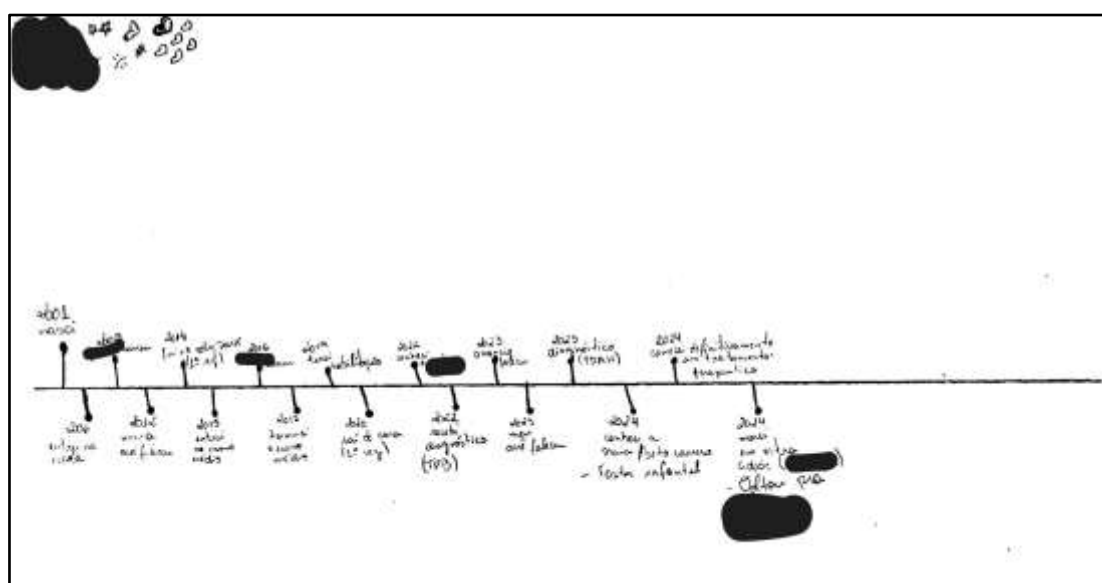


Figura 14 - Linha da vida de Bárbara.

Ao final, o pesquisador perguntou como foi a experiência; disseram que foi tranquila. Pedi que dessem uma palavra ou frase para definir suas linhas. Leonardo disse "ofuscado", pois sentia que uma parte dele havia morrido com o pai. Bárbara não respondeu, parecendo incomodada. Encerramos, combinando que daríamos continuidade na semana seguinte. Ao sair, Leonardo pediu que Bárbara o ajudasse a recolocar o banco, e ela o fez.

5.1.3 Terceiro encontro

O pesquisador chegou às 12:09 na sala de reunião da equipe. O técnico responsável por Bárbara, comunicou que precisava conversar comigo, e fomos até um dos consultórios. Ronaldo informou que Leonardo havia mandado mensagem no WhatsApp do CAPS à noite, e que no dia seguinte apagou parte delas, mas Ronaldo já havia encaminhado para si próprio, pois considerou importante. Ronaldo enviou as mensagens para o celular do pesquisador e informou que quis compartilhar para que eu estivesse preparado.

Na mensagem, Leonardo se apresenta como “marido” de Bárbara e que as coisas estavam complicadas em casa, que precisava desabar.

“Tento usar tudo que vocês falam na reunião para a família e tudo mais, mas é difícil ter uma conversa saudável com a ‘Bárbara’. Em todo e qualquer momento ela inverte uma conversa, como se ela fosse a coitada e eu fosse o vilão. Mas ela nunca enxerga as próprias atitudes ruins. Sempre vem falando ou pontuando as coisas na ignorância, com raiva, e parece que faz de tudo pra me ver no limite e surtar. Falamos hoje sobre rotina, fui montar um cronograma com ela e a dificuldade de ela colocar algumas atividades ou afazeres. Falei para ela encaixar por exemplo o arrumar a cama, e nisso a cara dela já fechou. Ela sempre muda a linguagem corporal, o rosto, sempre para uma tendência de

raiva e negativa. E quando vou pontuar ou conversar com ela, meu Deus, ela nunca aceita. E no final das contas muda a situação como se eu fosse totalmente o bom moço e ela a vilã, sendo que em muitas das conversas trago uma problemática no sentido de que ambos estão errando e precisam melhorar. [...] Acabei desabafando, mas foi à beira do desespero mesmo.”

Diante dessa mensagem, esperava-se que o clima durante o encontro giraria em torno das questões levantadas por Leonardo, mas não foi o que ocorreu. Quando o pesquisador os chamou até o consultório, percebeu que ambos estavam sorridentes enquanto pegavam água. Ele os levou até o consultório e perguntou como estavam. Eles deram uma breve risada e Bárbara foi quem iniciou desta vez. Ela contou que ambos tinham brigado muito na semana anterior, começando pela quarta-feira quando saíram do último encontro e depois no fim de semana. Ela disse que o que a irritou foi o fato de que ele trouxe um assunto (a limpeza da casa) sem a ciência dela. Nos demais dias, discutiram porque ela olhou para ele. Leonardo disse que se incomoda quando olham fixamente para ele, pois acha que tem algo de errado, que a pessoa está brava com ele.

Bárbara contou que nesse dia (sábado), eles estavam na sala de casa com a irmã dela e que tudo ia bem, até que “dissociou” e começou a olhar para o namorado. Ele esboçou um semblante de quem estava incomodado e ela se retirou, brava, em direção ao banheiro. Enquanto isso, ele foi para o quarto e depois ela o encontrou lá. Segundo ela, ele estava com cara de bravo e ela reconheceu que se exaltaram. Contudo, na percepção de Bárbara, não havia motivos para ele ter se incomodado com o olhar dela.

Ele, entretanto, disse que a reação dela foi negativa e que, sim, não precisava ter sido daquela forma, mas não reconheceu que, neste caso, o incômodo surgiu da parte dele. O pesquisador pontuou: "parece que tudo ocorreu em razão de um incômodo seu, Leonardo". Questiono, ainda, com que frequência eles admitiam quando estavam errados. Bárbara disse

que sempre admitia quando reconhecia, mas que tinha dificuldades para reconhecer quando estava errada, e que Leonardo sempre se justificava. Contudo, ele disse que não se justificava, mas que “contextualizava” a situação.

Bárbara insistiu que isso era se justificar, não admitir o erro. Ele disse que mesmo quando as coisas estavam bem, parecia que Bárbara encontrava um motivo para discutir. Ela acrescentou dizendo que presenciou muitas brigas entre seus pais, quando morava com eles. O pesquisador frisou a questão da comunicação levantada no último encontro: parecia que ambos possuíam dificuldade em falar onde erravam, o que tardava a resolução dos conflitos. Ele acrescentou que lhe chamou a atenção o fato de que nesse encontro eles estavam muito sintonizados, sem os ânimos exaltados, e puderam falar desses incômodos.

O pesquisador disse que também lhe chamou a atenção o fato de que havia alguns elementos em comum nas linhas da vida que fizeram no encontro anterior, que ali eles falavam sobre família, perdas e outros eventos, e que por isso gostaria que eles apresentassem a linha. O pesquisador devolveu para eles os papéis e quem começou foi Leonardo. O momento mais marcante da narração foi a perda do pai, que ali ele passou a ser uma pessoa mais desconfiada, que rompeu laços com muitas pessoas que achava que podia confiar, que uma parte dele morreu junto.

Ele contou do pai, que era policial e, mesmo se ausentando em alguns períodos do ano, era muito presente, sendo a pessoa com quem tinha mais contato em casa. Bárbara, em seguida, começou a falar da sua. Disse que sempre quis começar a estudar, depois mencionou sua irmã (“é como uma filha para mim, não uma irmã”). Na escola, passou por momentos difíceis principalmente porque sofria *bullying*, por ser muito magra, e que isso foi um dos principais motivos para ter se desestabilizado emocionalmente. Recebeu o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), em um tratamento médico anterior e depois confirmado por um psicólogo, o que a afetou na época.

Frisou a ida à praia e a um parque de diversões, viagem dada de presente pelo namorado, e falou disso com muita felicidade. Acrescentou que no mesmo ano ele realizou um desejo dela: uma festa infantil, algo que ela nunca havia tido até então. Nos últimos minutos restantes, o pesquisador questionou se havia alguma novidade ali para ambos. Bárbara disse que não sabia que o pai de Leonardo passou um ano fora em treinamento militar, e Leonardo disse que sabia de todos os eventos da vida de Bárbara. Ela concordou “eu falo muito”.

O pesquisador aproveitou para dizer que o recurso ajudou a conhecê-los melhor e que poderiam continuar na semana seguinte. Ele perguntou como havia sido até então, haja vista que estavam no terceiro encontro. Leonardo disse que tinha sido muito bom; Bárbara disse que às vezes ficava incomodada. O namorado continuou dizendo que ela se incomodava de ir até o CAPS de forma geral, não somente para a pesquisa, mas que vinha do mesmo jeito.

Percebeu-se, nesse encontro, que ambos se emocionaram enquanto Leonardo falava do pai. Pareciam estar mais confortáveis para dizer dos problemas de comunicação que vinham os assombrando. Aos poucos, notava-se que estavam constituindo uma demanda para o casal. O discurso sobre quem estava doente parecia desaparecer. Os dois frisaram que esperavam melhorar, o que já denotava, da parte de Leonardo, um luto não elaborado.

5.1.4 Quarto encontro

Antes do quarto encontro, na reunião com a equipe, os técnicos deram suas impressões acerca de Bárbara e Leonardo, bem como pediram notícias de como andava o processo da pesquisa. Nas percepções deles, viam o "lugar de vítima de Bárbara" e o "medo de Leonardo em perdê-la", o que também era observado pelo pesquisador.

No início desse encontro, Leonardo iniciou dizendo que Bárbara surpreendeu na última semana, pois contribuiu mais nas atividades de casa. Ocorreu que a mãe de Leonardo, que é

quem administra majoritariamente as funções da casa, estava com o braço machucado e, logo, Bárbara sentiu que haveria mais espaço para que ela pudesse realizar as tarefas.

Tanto Leonardo quanto sua mãe reconheceram a iniciativa de Bárbara e isso a deixou muito contente, com vontade de continuar ajudando em casa. Quando aprofundaram sobre as questões da organização do lar, Bárbara disse que ela fazia todas as tarefas desde os sete anos, desde que morava com sua família, e que hoje detestava fazê-las. Leonardo, todavia, apresentou um relato diferente: a mãe e sua irmã mais velha eram quem costumavam cuidar da casa.

Esse ponto das tarefas de casa suscitou um diálogo: ambos tinham o desejo de ter a própria casa e, para tanto, executar as atividades do lar era necessário. Dado que, no decorrer dessas falas, compartilharam de vivências familiares e fizeram menção aos parentes, o pesquisador retomou dizendo que eles já vinham relatando sobre a família desde o primeiro encontro, seja no primeiro encontro, seja na linha da vida e no material dos encontros subsequentes.

Em seguida, convidou-os a compor o genograma e ofereceu o material gráfico necessário: A3, cartolina, lápis de escrever, lápis colorido, entre outros. Bárbara comentou que a família de Leonardo era muito extensa, mais do que a dela, e ele concordou dizendo que possuía 11 tios de cada lado da família. O pesquisador deu as instruções e anotou os símbolos num papel separado. Ele percebeu que Leonardo olhava para o genograma de Bárbara e se baseava no estilo dela para realizar o dele. Ela terminou primeiro e apagou algumas vezes conforme se recordava que alguns membros da família eram filhos de outras relações.

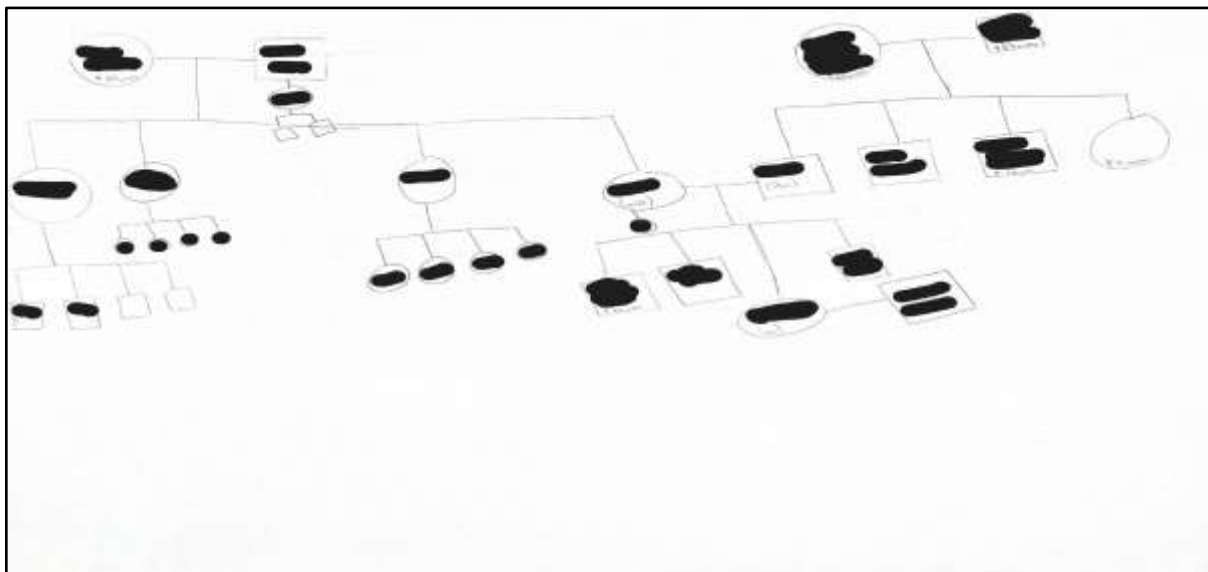


Figura 15 - Genograma de Bárbara.

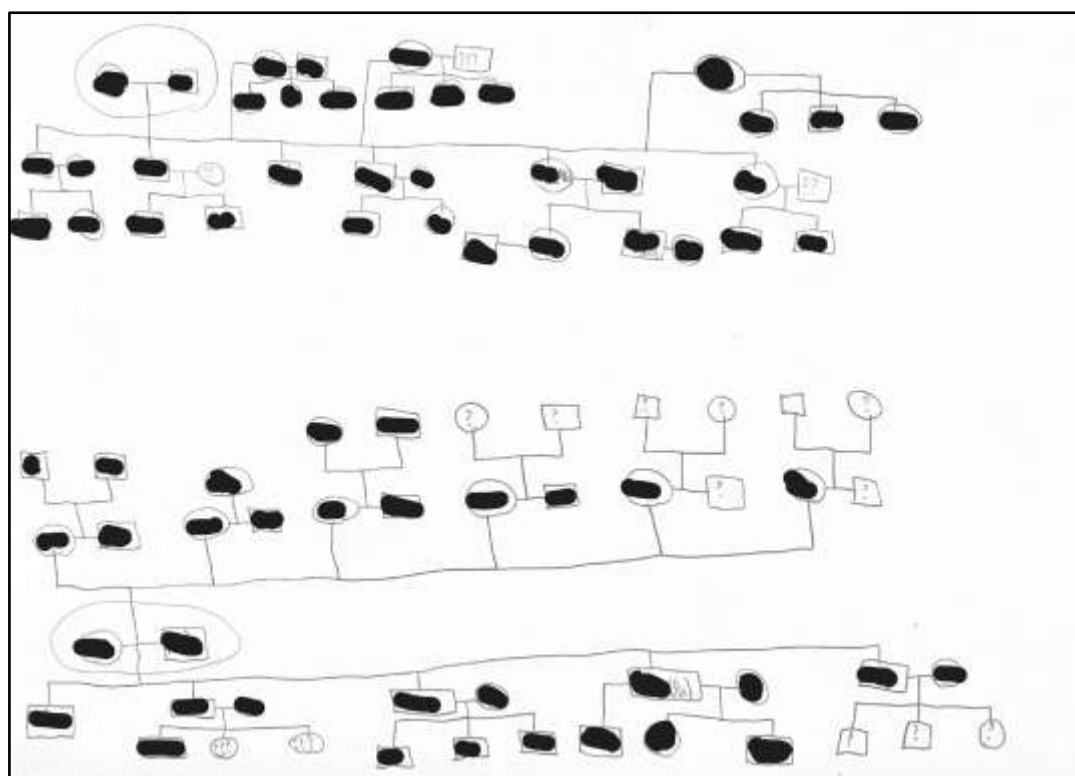


Figura 16 - Genograma de Leonardo.

No fim da atividade e término do encontro, eles comentaram que era muito diferente perceber que aquelas pessoas ali mencionadas hoje em dia já não faziam mais parte de sua vida,

mas que fizeram parte da história de cada um. Deixamos para comentar as produções no encontro seguinte.

5.1.5 Quinto encontro

O pesquisador chegou antes da reunião de equipe e conversou com o técnico Ronaldo. Em seguida, outras pessoas da equipe chegaram e começaram a compartilhar suas impressões sobre Bárbara. Mencionaram-na como “chata”, “gosta do lugar de vítima”, “não colabora”. Disseram que ela estava num grupo de mulheres que tinham se organizado na vida e estavam melhorando, que a incentivavam a “se mexer”. Sobre a participação de Leonardo no grupo de família, percebia-se uma dificuldade de ele lidar com os imprevistos, com o que saía do controle (o que fazia analogia com a produção do genograma, em que ele aguardou a namorada iniciar para começar o próprio).

No início do encontro, entretanto, o casal disse que a rotina estava melhorando, que ambos estavam conseguindo se ajudar nas tarefas de casa e estavam estudando juntos. O pesquisador perguntou o que estavam estudando e Bárbara disse que Leonardo estava lhe auxiliando para estudar para o vestibular; “Qual curso?”... “Psicologia”, ela respondeu. Disse que pretendia prestar o vestibular e o Enem, dado que o curso ocorre integralmente na universidade pública onde gostaria de estudar. Entendeu-se que ela tinha um planejamento para estar trabalhando em paralelo aos estudos. Em seguida, começaram a discutir sobre o genograma. Bárbara iniciou falando de seus avós paternos: a avó morreu com 39 anos (quando a mãe tinha apenas 16), logo, não chegou a conhecê-la. O avô teve outra mulher e uma filha, mas com essas ela não possuía contato.

Em seguida, ela começou a falar do avô paterno que morreu com câncer de cérebro. Disse que o pai ajudou a cuidar dele por bastante tempo, enquanto trabalhava. Que nessa época,

a mãe traía o pai. A mãe admitiu para ela que Júlia, a irmã mais nova, era filha de outro homem, e duvidava-se que Paulo também fosse filho do mesmo pai, dado que ambos eram parecidos e que o pai foi vasectomizado nessa época. Bárbara falou bastante dos irmãos, começando por Paulo.

Disse que ele era autista e tinha Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), e que sofreu muito com sua condição. Que os irmãos apanhavam bastante do pai e que todos eles aparentavam ter alguma coisa “são lentos”. Descreveu o irmão mais velho, Pedro, como calado, antissocial, que não interagia, que ia para o trabalho e assistia anime quando chegava em casa, e que muitas das responsabilidades financeiras foi ela quem cuidou para ele. Sobre a irmã mais nova, disse que ela também era lenta, passiva, que sequer sabia olhar as horas em relógio de ponteiro.

E quando chegou em Cláudio, apenas disse que ele morreu com 22. O pesquisador incentivou-a a falar mais sobre esse irmão: ela contou que eles não se davam bem, mas que eram muito parecidos. Que ele sofreu abuso sexual quando criança e depois disso ficou viciado em drogas. Quando estava finalmente se recolocando na vida, alguém o assassinou na frente de casa e nunca se descobriu quem era. Sobre os pais, apontou que a mãe era muito depressiva e dependente, e que o pai era muito agressivo e tinha problemas com bebida.

Desconfiou que ambos, assim como os irmãos, tivessem alguma condição não tratada devidamente. O pesquisador apontou que esse histórico familiar, apesar de muito conturbado, era interessante para pensar como ela parecia carregar todo o fardo da família. Nisso, ambos concordaram. O pesquisador continuou dizendo que era como se ela fosse a única que procurou ajuda num ambiente em que mais pessoas necessitavam (talvez até mais que ela). A pergunta que permeou o fim desse encontro foi: “O quanto ela assumiu esse destino de passividade, estagnação, tal como os irmãos, sendo que aparentemente ela era capaz de ir além?”

O pesquisador fez essa analogia com os planos para a faculdade/trabalho/tratamento (uma perspectiva de continuidade, de melhora). Leonardo acabou não tendo tanto tempo para falar de sua família, mas apontou que o pai teve um filho fora do casamento e que para esse irmão sempre pagou pensão. Disse apenas que a morte do pai foi o evento mais marcante que lhe cabia citar ali.

5.1.6 O desencontro

Por mensagem, o pesquisador foi informado pelo técnico Ronaldo de que Bárbara recebera alta administrativa, pois informou ao CAPS ter arrumado um emprego que a impossibilitaria de estar nas atividades do serviço. Logo, também, ela e Leonardo não poderiam mais comparecer às entrevistas. Ainda que esse desencontro ocorrera antes do término previsto para o processo, essa interrupção surge a partir do contato com dados relevantes notados nos últimos cinco encontros, particularmente por meio do genograma. Na seção “Análises”, o pesquisador propõe uma reflexão acerca desse movimento, que visa justificar a exposição do caso (mesmo interrompido) e a função que o Psicodiagnóstico Interventivo Familiar pôde ter para esse casal.

5.2 FRANCISCA E SAMUEL

Após a desistência do casal Bárbara e Leonardo, a equipe do CAPS II informou ao pesquisador sobre a existência de outro caso que consideraram pertinente ao estudo em questão: um usuário enigmático com o qual estavam lidando. Tratava-se de um usuário que, na descrição dos técnicos, possuía uma problemática alimentar e que não era preciso, ainda, qual era a condição dele. Hipotetizava-se de esquizofrenia ou de algum distúrbio de natureza neurológica,

dato que ele, quando bebê, foi arremessado na parede pela mãe biológica. Após uma avaliação preliminar junto ao pesquisador, a pessoa responsável técnica por este usuário fez o convite formal a ele e a seus familiares, apresentando-lhes sucintamente a proposta de participação na pesquisa. Foram convidados Samuel (usuário acompanhado pelo serviço) e seus parentes mais próximos. No entanto, apenas Samuel e sua mãe, Francisca, aceitaram o convite e compareceram ao Psicodiagnóstico Interventivo Familiar.

5.2.1 Primeiro encontro

O pesquisador iniciou questionando o que ambos sabiam sobre o encontro. Disseram que sabiam apenas o básico que a coordenadora do CAPS havia comunicado anteriormente, e que teriam mais informações naquele dia. Em seguida, foi apresentada, de forma acessível, a proposta da pesquisa. O pesquisador explicou que, naquele primeiro momento, gostaria de conhecê-los, e quem iniciou a fala, monopolizando o diálogo, foi Francisca (62), a mãe.

Ela relatou que Samuel (20) vinha apresentando muitos problemas desde o ano anterior, quando começou a engolir objetos. Passara por duas cirurgias para a retirada de pilhas do intestino e estava há dois meses sem engolir nada. Chegou a introduzir pilhas pelo nariz, além de clips, plugs de tomada, pedrinhas e até mesmo um relógio. Da última vez, o médico recomendara o uso de laxantes, pois ainda não seria possível realizar uma nova cirurgia. Segundo Francisca, Samuel fazia isso porque gostava e queria ir ao hospital.

A mãe relatou ainda que ele fazia muito escândalo quando o pai estava presente, atribuindo isso à busca por atenção paterna, uma vez que o pai permanecia ausente durante a semana. Aos fins de semana, conforme indicado por Francisca, ao pedir algo ao filho, o marido o defendia, como se não quisesse incomodá-lo com ordens. Além de Samuel, Francisca tinha

outros quatro filhos mais velhos e afirmou que “Samuel veio para a gente com um ano e meio”, sempre tendo consciência de que ele era seu filho “de coração”.

Samuel passava a maior parte do tempo acompanhado, especialmente pela mãe, e necessitava de ordens para realizar atividades básicas, como se vestir ou tomar banho. Seus hobbies incluíam ajudar na empresa da família, jogar futebol com os irmãos e mexer no celular. Observou-se que ele não demonstrava incômodo quando a mãe falava por ele ou quando o descrevia como alguém que fazia as coisas para chamar atenção. Ele, inclusive, confirmou tais afirmações. Sobre o histórico médico, a mãe relatou que ele havia feito acompanhamento com uma psiquiatra da cidade vizinha, mas nunca recebera um diagnóstico definitivo: “Não é esquizofrenia”, dizia ela. Contou também que a equipe de um Hospital Universitário teria interesse em estudar o caso, dada sua complexidade.

Enquanto Francisca conduzia a fala, Samuel permaneceu calado por boa parte do tempo. Quando o pesquisador lhe fazia perguntas, suas respostas eram curtas ou ele olhava para a mãe, buscando que ela respondesse. Em muitos momentos, Francisca falava antecipadamente, até que o pesquisador passou a direcionar as perguntas diretamente a Samuel, chamando-o pelo nome. Em algumas ocasiões, a mãe dizia: “Responde”. Segundo ela, ele se comunicava melhor individualmente, e sugeriu que conversassem em separado.

O pesquisador, caminhando para o encerramento, reforçou que o objetivo era conversarem juntos, como família, e que haveria atividades que favoreceriam essa interação. Ao final do encontro, ambos saíram sorridentes da sala e essa animação também foi percebida pela coordenadora do serviço.

5.2.2 Segundo encontro

Ao serem chamados na recepção, Francisca questionou se deveria participar, pois imaginava que a conversa seria apenas com Samuel. Observou-se um esquecimento do combinado anterior: os encontros seriam com a família. Já na sala, Francisca disse que não falaria naquele dia, deixando que o filho se expressasse, pois “ele é quem precisa falar”. Ainda assim, voltou a insistir na possibilidade de um encontro individual. O pesquisador reafirmou que aquele era um espaço voltado à família, dado que Samuel já recebia acompanhamento individual no CAPS.

Retomando o que fora compartilhado anteriormente, o pesquisador pediu que falassem sobre o cotidiano da convivência entre mãe e filho. Francisca relatou que passavam muito tempo juntos e que Samuel dormia em seu quarto, num colchão no chão, desde o início dos episódios de ingestão de objetos. Segundo ela, essa era uma forma de monitorá-lo e evitar acidentes durante a madrugada. Reforçou que ele era muito dependente e precisava ser orientado para quase tudo.

Em determinado momento, Francisca retomou a história da adoção de Samuel: “Ele veio para a gente”. Relatou que a mãe biológica era uma adolescente de quinze anos, vizinha sua, que engravidara de um rapaz também menor, retirado da cidade posteriormente. Quando viu Samuel ainda bebê, Francisca teria dito que queria ser mãe dele. Com o tempo, a mãe biológica passou a deixá-lo aos cuidados de Francisca, até que ele foi acolhido em abrigo. Posteriormente, ela foi chamada para assumir a guarda, por ser a pessoa mais próxima. Aos cinco anos, o processo foi formalizado, com o reconhecimento legal da adoção.

Samuel manteve-se inexpressivo durante esse relato. O pesquisador propôs, então, a atividade da “linha da vida”, explicando os objetivos. Francisca comentou, em tom de brincadeira, que a dela precisaria de uma cortina, pois tinha 62 anos. No entanto, ao desenhá-la, foi bastante sucinta, omitindo, inclusive, o nascimento de Samuel, o que só foi mencionado verbalmente após a atividade.

Durante a produção da linha, ela comentou sobre uma cirurgia bariátrica feita no ano anterior, e Samuel respondeu, com tom irônico, que também havia feito cirurgia, “uma cesárea”, erguendo a camisa para mostrar uma cicatriz. Francisca narrou um episódio em que se engasgou num casamento, e Samuel comentou que já havia se engasgado também, evidenciando uma tentativa de identificação com a mãe.

Ao final do encontro, Francisca comentou, com relutância, sobre uma babá que havia dado problemas em casa. Quando o pesquisador perguntou o que havia ocorrido, ela pediu que o filho contasse. Samuel hesitou, e a mãe insistiu: “Você precisa falar”. Ele disse: “Ela tentou abusar de mim e do meu pai”. Surpresa, Francisca perguntou: “Ela tentou abusar de você?” e ele respondeu: “Não, só do meu pai”. Francisca explicou que a babá e o pai de Samuel haviam tido um caso. Samuel acrescentou que via coisas que os dois faziam, mas não conseguia explicar. “Falamos disso em casa”, concluiu a mãe.

Diante da densidade das informações trazidas ao final do encontro, o pesquisador propôs que continuassem conversando sobre os temas em conjunto, dado o surgimento de fatos que um desconhecia sobre o outro. Havia, portanto, material significativo a ser trabalhado em grupo. Ao se despedirem, Francisca cobriu as mãos do pesquisador em sinal de agradecimento e disse: “Muito obrigado”.

5.2.3 Terceiro encontro

Francisca iniciou o encontro dizendo que seria bom conversar com Samuel individualmente, “para ver se ele fala”. Mais uma vez, o pesquisador reiterou que a proposta era que eles pudessem conversar em conjunto. Explicou que, no último encontro, surgiram informações importantes e que ambos compartilharam aspectos que o outro desconhecia. Eles assentiram com a cabeça. Ao serem questionados se haviam conversado sobre os temas

abordados anteriormente, responderam que não. Francisca afirmou que, em casa, a convivência com Samuel estava muito difícil. Contou que o aniversário dele estava se aproximando e que ele havia pedido um videogame caro e uma chuteira da Centauro.

A mãe comentou que ele não compreendia que esses itens eram financeiramente inviáveis para a família, e que, para ele, nada parecia satisfatório. Relatou episódios em que ele destruía os celulares que ganhava, até que ela comprou outro e passou a descontar o valor do pagamento que ele recebia da empresa da família (120 reais por semana). Disse também que Samuel sempre pedia lanches ou pastéis, recusando-se a comer o “comum”: arroz, feijão, salada. Samuel concordou, acrescentando que gostava de comer essas coisas, além de stroganoff.

O pesquisador lembrou que Francisca havia mencionado ter feito cirurgia bariátrica e perguntou como era a rotina alimentar da família nesse período. Ela respondeu que sempre comeria bem, mas que a obesidade era uma condição hereditária. Voltou a dizer que Samuel procurava a atenção do pai, que o esperava chegar de viagem e pedia para sair com ele assim que retornava. Segundo Francisca, Samuel falava sobre assuntos que nem ela nem o marido tinham interesse, e que, por vezes, estavam cansados, já que ele demandava muito: “tem horas que enche o saco”. Durante todo esse momento, Samuel permaneceu calado, inexpressivo.

Na sequência, o pesquisador retomou a atividade da linha da vida, mencionando que haviam surgido elementos importantes sobre a história de cada um, e que gostaria de ouvi-los narrando o que haviam desenhado. Francisca iniciou a fala, abordando os eventos de forma bastante sucinta, sem demonstrar grandes emoções. Destacou dois momentos: 1) o casamento de um tio, no qual se engasgou com um pedaço de carne de porco, episódio que, segundo ela, a marcou profundamente, pois sentiu muita vergonha quando todos olharam para ela; 2) a morte repentina do pai, após um AVC.

Reiterou, pela segunda vez (a primeira havia sido no encontro anterior), que nunca imaginou que o pai dela morreria, como se fosse o único que escaparia da morte: “que o pai de todo mundo morria, menos o meu”. Disse que esse acontecimento foi muito difícil. Em meio ao relato, lembrou-se de outros dois eventos não incluídos na linha: o falecimento da mãe (em decorrência de diabetes) e do irmão.

Nesse momento, Samuel afirmou que havia chorado bastante, especialmente com a morte da avó. Quando Francisca finalizou seu relato, ele passou a falar. Entre os eventos citados, enfatizou a relação difícil com a escola e o prazer em jogar futebol. Ao relatar os conflitos escolares (reprovações, brigas etc.), a mãe interveio dizendo que ele precisou mudar da escola particular, pois não conseguia acompanhar a turma. Suspeitava que ele era alvo de *bullying*, já que agredia os colegas e era frequentemente punido. Na escola pública, pôde frequentar a sala de recursos e concluir os estudos.

Durante a fala de Samuel, o pesquisador percebeu sua dificuldade de se expressar, assim como o olhar avaliativo da mãe a cada coisa que ele dizia, ainda que ela reiterasse o desejo de que ele falasse mais. Ao final, o pesquisador perguntou se alterariam algo nas linhas da vida, e ambos responderam que não. Ainda assim, chamou a atenção a distância entre os conteúdos: não havia menção a Samuel na linha de Francisca, nem referência à família na de Samuel.

Ao final do encontro, quando questionado, o pesquisador informou que na semana seguinte fariam o genograma, explicando que se tratava da construção de uma árvore genealógica da família. Francisca perguntou se Samuel deveria fazer da “família dele” ou “da nossa”, justificando que ele não tinha contato com seus parentes, exceto com a avó paterna. O pesquisador respondeu que poderiam organizar como achassem melhor, e que as instruções seriam dadas no próximo encontro.

5.2.4 Quarto encontro

Ao mencionar a proposta do dia, a construção do genograma, Francisca afirmou que havia se esquecido, justificando que tinha muitos parentes e seria difícil lembrar de todos. Disse também que, para Samuel, seria complicado rememorar os membros de sua família, por não manter contato com eles, referindo-se à família biológica. O pesquisador reforçou que poderiam incluir apenas os familiares que se lembrassem, mesmo que não soubessem os nomes, iniciando preferencialmente pelos avós.

Francisca relatou que sua família era muito grande, mas que não mantinha vínculo com os irmãos por parte de pai, já que viviam em outro estado, numa região de difícil acesso. Apesar das instruções dadas sobre os símbolos e a organização gráfica do genograma, ambos executaram a tarefa de forma bastante singular, especialmente Samuel. Em suas produções, ele aplica muita força nos traçados, o que faz seus desenhos apresentarem características como traços grossos e desordenados.

Durante o processo, Francisca questionou se deveria incluir nomes como o do cunhado, das noras e dos netos. Concluiu que registrar apenas os filhos já era suficiente: “Tenho 4 filhos... e o Samuel”. Quando Samuel observou a produção, reagiu dizendo: “Você esqueceu de me botar aí”, ao que ela respondeu: “Não coube você, nem o Marcos. Mas você já está aqui comigo”. Após esse comentário, ela se apressa e insere um quadrado para remeter a Samuel, mas a linha sequer chegava a tocar a “árvore” já existente, como mostra a Figura 20. Esse detalhe, acoplado à fala de Francisca, denota o grau de distanciamento que esse filho ocupa em seu exercício da parentalidade.



Figura 19 - Genograma de Samuel (primeira versão).

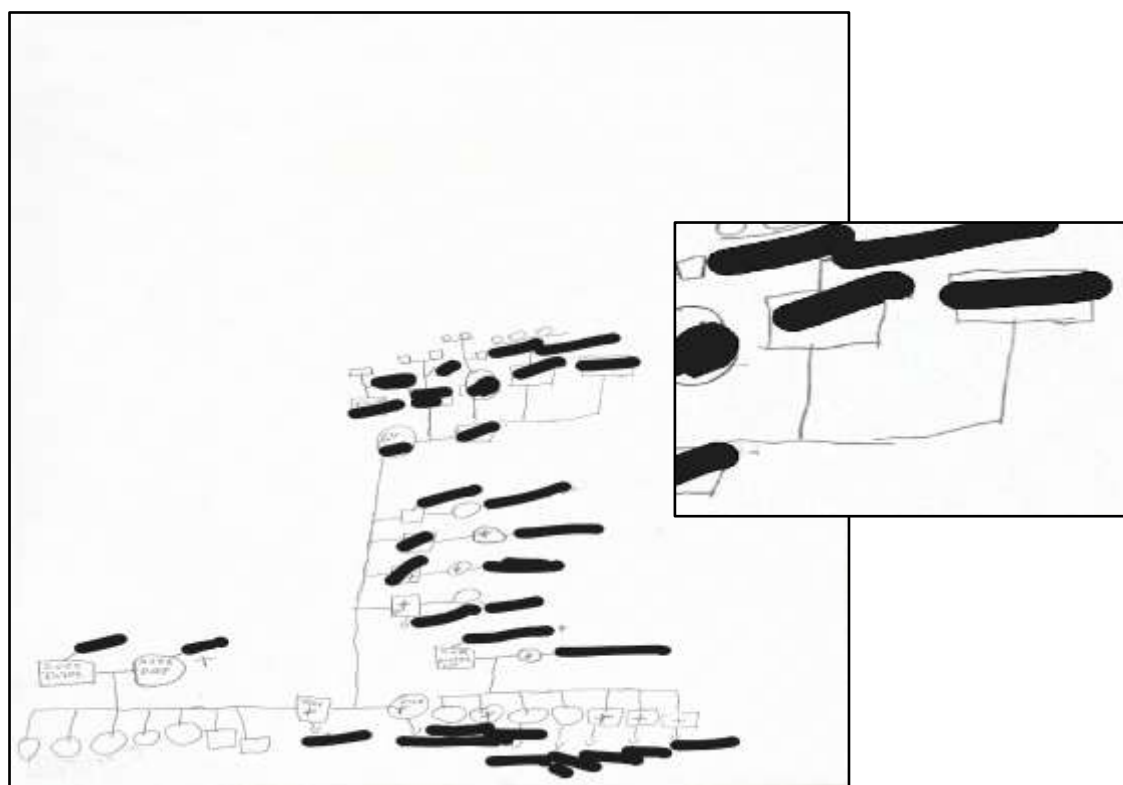


Figura 20 - Genograma de Francisca (primeira versão).

O genograma de Samuel mostrou-se extremamente confuso. Ao ser questionado sobre quem eram as pessoas listadas no canto superior da folha, respondeu que representavam a família do pai. Francisca tentou se localizar no desenho, mas percebeu que ele não havia incluído o lado materno, o que a surpreendeu. Ela questionou essa omissão, mas Samuel apenas sorriu. O pesquisador percebeu que ele apresentava maior dificuldade para compreender como representar graficamente as relações familiares, mesmo após o exemplo fornecido. Samuel mencionou dois meninos - filhos da namorada do irmão - e a mãe o repreendeu: “Não são sua família, Samuel”. Ele se defendeu e manteve os nomes na folha

Ao final da produção, o pesquisador observou que os genogramas estavam desorganizados e sugeriu que refizessem apenas a composição da família nuclear. Tal estratégia foi implementada “na tentativa de melhor organizar as informações registradas na primeira versão do genograma”, como escrevem Franco e Sei (2015, p. 408). Mesmo com a recomendação de seguir o modelo sugerido, cada um fez à sua maneira.

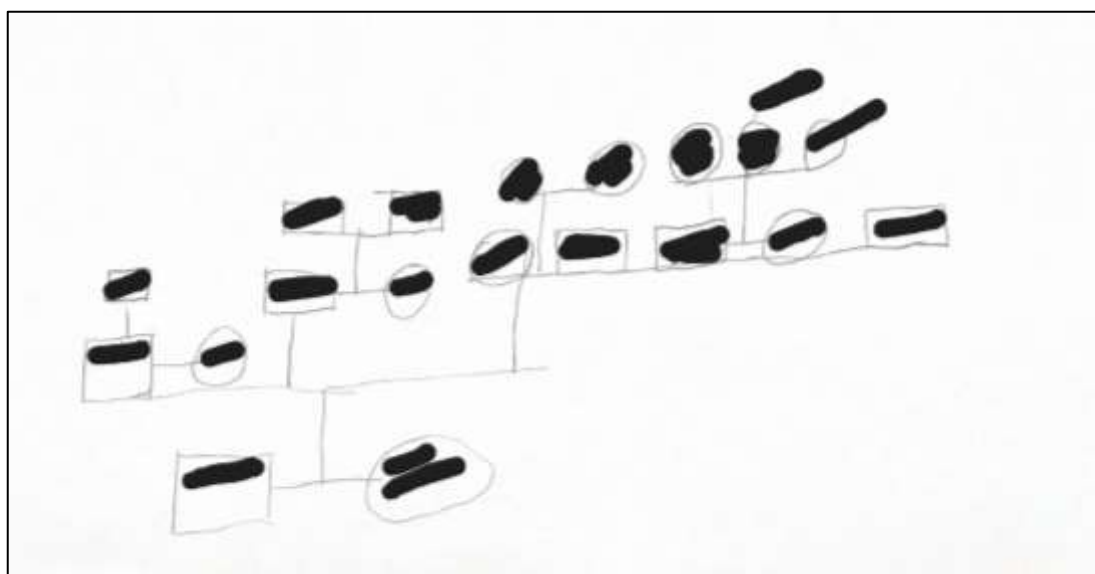


Figura 21 - Genograma de Francisca (segunda versão).

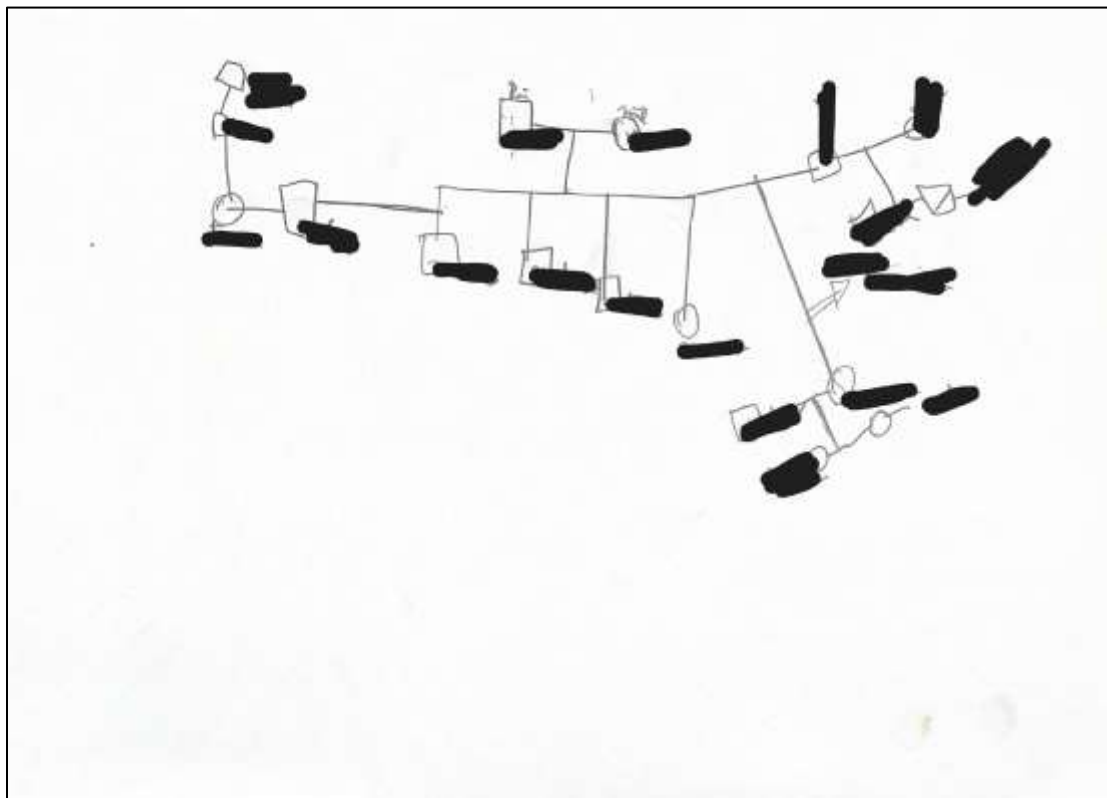


Figura 22 - Genograma de Samuel (segunda versão).

Durante a fala, Francisca destacou os filhos Marcos e Rodolfo, sendo que esse último a havia prometido cuidar de Samuel mediante a ausência da mãe. Apesar do cuidado, comentou que todos tentavam impor limites a Samuel, referindo-se a ele como “seus filhinhos”. O pesquisador disse que, no próximo encontro, gostaria de conhecer mais sobre esses outros filhos, escutando-os a partir da perspectiva deles sobre a própria família. Francisca finalizou dizendo que sempre fora apaixonada por histórias, que já pensara em cursar História, e que considerava muito intrigante descobrir os acontecimentos do passado. O pesquisador comentou que o genograma poderia auxiliar nesse processo de descoberta. Francisca compartilhou que havia sido muito importante contar ali a história de Samuel e expressou o desejo de saber o que ele pensava sobre tudo aquilo. Samuel respondeu: “Bacana”. A mãe então perguntou: “O que você sente pela sua mãe, Samuel?”. Ele respondeu: “Nada”. O pesquisador interveio: “Não

sente nada pela Francisca?”, e Samuel respondeu: “Pela mãe biológica...”. Francisca então perguntou: “E por mim?”, e ele disse: “Tudo”.

Apesar da confusão entre as famílias biológica e adotiva, os esquecimentos e o modo como Samuel era situado na atual configuração familiar (“4 + 1 filhos”, “veio até nós”, “a família do Samuel”), Francisca reafirmou que era sua “mãe do coração”, que eles eram, sim, a família de Samuel, que faziam de tudo por ele e que, para ela, fora muito importante que ele soubesse da própria história.

5.2.5 Quinto encontro

O encontro teve início com o retorno de um tema pessoal: o aniversário de Samuel. Ambos relataram que foram a uma pizzeria, algo que, segundo Francisca, já se tornara um ritual na família. Ela aproveitou para retomar suas preocupações com a alimentação do filho, demonstrando medo de que ele desenvolvesse problemas de saúde. Ao entregar novamente os genogramas para análise, Samuel olhou para o da mãe (segunda versão) e comentou: “Ah bom, achei que tinha me esquecido de novo”. Francisca respondeu prontamente: “Lógico que não esqueci você”.

Em seguida, ela contou que três de seus irmãos haviam apresentado problemas cardíacos, sendo que dois faleceram. Disse que escapara porque fizera cirurgia bariátrica a tempo, ao contrário da mãe, e afirmou manter um estilo de vida saudável. Acrescentou que Samuel parecia, por vezes, “querer morrer”. Relatou uma frase recente do filho, dita em tom de ameaça: “Quando eu morrer, eu quero que você se sinta culpada”, dita em momentos de tensão envolvendo alimentação. Francisca mencionou também o irmão Antenor, que frequentava bastante sua casa e que tinha uma relação especial com Samuel. Ao narrar o velório desse tio, Samuel complementou a fala, lembrando de detalhes do dia e de outras situações envolvendo o

falecido, como um episódio em que ele escorregou em uma pizzaria. Percebeu-se que, com os demais tios, Samuel não mantinha vínculos afetivos significativos, tendo uma conexão mais próxima com os irmãos. Francisca afirmou que os filhos se referiam a Samuel como “meu irmão”, ressaltando o bom acolhimento que ele recebia e o apoio dos filhos na tentativa de impor limites.

Samuel, no entanto, permaneceu calado, ausente. Francisca passou a relatar sua irritação com os hábitos alimentares do filho: preferia lanches, pizzas, pastéis e marmitas a qualquer comida feita por ela. O pesquisador perguntou a ele como era a comida da mãe. Samuel respondeu: “Boa”. Francisca rebateu: “Se é boa, por que você não come?”. Ele silenciou. O pesquisador insistiu: “O que tem na comida de fora que não tem na da sua mãe?”, mas ele permaneceu em silêncio. A mãe prosseguiu, criticando o “tamanho” das porções de Samuel: usava um pacote inteiro de muçarela para um único lanche, cortava pedaços grandes de queijo para o pão, enchia o prato e desperdiçava metade. Disse que preparava o café da manhã antes de ele acordar, para evitar que cozinhasse e “estragasse tudo”.

O pesquisador perguntou a Samuel se alguém já havia lhe ensinado a cozinhar. Ele disse que não, e Francisca permaneceu em silêncio. Perguntado se tinha vontade de aprender, Samuel balançou a cabeça positivamente. O pesquisador observou que era difícil cobrar algo que nunca fora ensinado. Francisca voltou a falar da impaciência da família com Samuel, especialmente do pai.

A conversa passou então a abordar Gilberto, pai de Samuel e marido de Francisca. Ela comentou que ele era “cego”, com apenas 40% da visão, e que, apesar disso, trabalhava com transporte na empresa, sempre acompanhado de um motorista. Disse: “Posso te falar uma coisa? Eu acho que o meu marido usa isso como fuga...”. Ao ser questionada sobre o que queria dizer com “fuga”, respondeu: “Fuga de casa... de tudo isso que envolve o Samuel... essa é a minha opinião”. Nesse momento, Samuel balançou a cabeça em sinal de desacordo. O pesquisador

perguntou sua opinião e ele respondeu: “Não acho”, num tom de irritação. Francisca voltou a afirmar que Samuel fazia de tudo para chamar a atenção do pai, mas que ele não gostava disso.

“Fala, Samuel”, disse Francisca. “Não, fala você”, respondeu ele. “Não, eu quero ouvir de você”. Samuel tentou dizer algo, mas Francisca o interrompeu: “Ele não quer criminalizar o pai... o meu marido tem problema com a bebida”. Contou que, quando o marido estava em casa, ia para os fundos, bebia e às vezes gritava com Samuel. Este, por sua vez, disse que gostaria de ser tratado melhor pelo pai.

Nos minutos finais, o pesquisador perguntou onde Gilberto estava na vida deles. Francisca respondeu que o marido negava ser ausente, mas que se culpava por tudo. O pesquisador concluiu dizendo que havia muitos elementos relacionados a Gilberto que pareciam ser difíceis de serem ditos. Francisca retomou a ideia de que o pesquisador deveria escutar Samuel individualmente, pois ele teria muitas coisas a dizer. O pesquisador respondeu: “E você também”. Francisca rebateu: “Mas ele não me ouve”. Ao que o pesquisador concluiu: “Você fala como se o Samuel não estivesse aqui... assim como eu, ele está te ouvindo. E ele é livre para falar também, assim como você”.

5.2.6 Sexto encontro

Durante reunião institucional, a equipe solicitou uma atualização sobre o andamento do atendimento. O pesquisador compartilhou que, até o momento, Francisca revelava ter mais conteúdos a serem trabalhados do que Samuel, observação com a qual a equipe prontamente concordou. Uma das psicólogas comentou: “Eles acham que aqui é a creche dele”, referindo-se à postura de Francisca em relação ao filho. A coordenadora sugeriu que, na próxima reunião de equipe, fosse discutida a possibilidade de estratificação do caso e o encaminhamento de Francisca para outro serviço em que pudesse ter um espaço próprio de escuta. Todos

consideraram que não havia razões clínicas suficientes para manter Samuel em acompanhamento no grupo atual, voltado a usuários com quadros psicóticos e neurodivergências.

No início do encontro, ao ser perguntado quem poderia ajudar com o banco, ambos, Francisca e Samuel, prontamente o trouxeram para junto da mesa. Samuel apresentou-se visivelmente sonolento, e Francisca atribuiu esse comportamento aos efeitos dos medicamentos. Durante a sessão, ele demonstrou sinais de sonolência acentuada, sendo chamado algumas vezes à escuta, mas preferindo que a mãe continuasse falando. Retomou-se brevemente o que havia sido feito nos encontros anteriores, reforçando-se que, no último encontro, novas informações sobre a família haviam emergido. O pesquisador explicou, então, a proposta da atividade do dia: a elaboração do espaçograma, que consistia na representação da casa em que viviam.

Ao receberem as orientações, Francisca relatou ter dificuldades com desenho e tentou transferir a responsabilidade para Samuel, que recusou: “Faz você”. Francisca, então, iniciou a produção, não delimitando, de início, os muros e algumas divisões internas. Comentou que não tinha muita noção de proporções e acabou desenhando cômodos maiores do que realmente são, brincando: “Quem dera tivesse tanto espaço nessa cozinha”. Enquanto desenhava, ia narrando aspectos do cotidiano: o quarto de Samuel era descrito como bagunçado e pequeno; ele dormia num colchão no quarto dela para evitar ir à cozinha à noite; a mesa dos fundos era o único lugar onde a família inteira conseguia se reunir, sendo também o local preferido do marido, Gilberto, ao retornar de viagem.



Figura 23 - Espaçoograma da casa de Francisca e Samuel.

Francisca contou que estavam naquela casa havia quatro anos, mas que, ao longo dos quarenta anos de casamento, nunca permaneceram mais de cinco anos em um mesmo imóvel. As mudanças, segundo ela, sempre foram decididas pelo marido e as razões, muitas vezes, permaneciam desconhecidas. Recordou um episódio ocorrido há quinze anos, quando a família foi refém durante um assalto à chácara onde moravam. Desde então, afirmou, “nunca mais tivemos sossego”. A propriedade foi leiloadada, e, após um período em casas alugadas, adquiriram o atual imóvel. Na avaliação de ambos, a chácara era muito mais espaçosa e confortável. Notou-se que a mudança para a nova casa não foi uma decisão partilhada, e que Gilberto, apesar disso, pouco permanecia ali.

Durante a discussão sobre a planta da casa, emergiu um certo distanciamento afetivo em relação à moradia atual, perceptível tanto na dificuldade em representar o espaço com

precisão quanto na ausência de detalhes sobre os móveis. Em meio à atividade, Francisca passou a se queixar da relação de Samuel com o dinheiro. Perguntou, então, como seriam os encontros seguintes e se haveria, ao final, uma “resposta” sobre tudo o que havia sido observado. O pesquisador explicou que haveria uma devolutiva do processo, e ela respondeu de forma irônica: “A devolutiva vai ser só sobre mim, porque o Samuel não falou”.

O pesquisador ressaltou que o silêncio também comunica, e que certos assuntos podem ser difíceis de serem nomeados, convidando ambos a utilizarem os próximos encontros para abordar o que ainda estivesse submerso. Ficou acordado que os dois últimos encontros aconteceriam na semana seguinte, na segunda e quarta-feira.

5.2.7 Sétimo encontro

Chegaram com cerca de cinco minutos de atraso, justificando que Samuel viera direto de uma consulta médica, e que estavam sobrecarregados com compromissos da empresa. Ao entrarem na sala, Francisca perguntou se o banco seria novamente trazido para próximo da mesa, ao que o pesquisador respondeu afirmativamente. Ambos puxaram o banco e se acomodaram. Foi informado que aquele seria o penúltimo encontro e que, ao longo da sessão, fariam diversas produções gráficas. O pesquisador tranquilizou-os dizendo que não era necessário saber desenhar bem, apenas sentir-se à vontade para expressar.

Logo nos primeiros desenhos (Figuras 24 e 25), de tema livre, notou-se que ambos adotaram uma postura de resguardo, protegendo com os braços suas produções para que o outro não visse. Desenharam casas. Francisca comentou que era a mesma casa que sempre desenhara, semelhante a um lugar em que já morou, sempre rodeada por plantas. Samuel disse que havia desenhado ele mesmo dentro da casa, com a mãe do lado de fora, prestes a entrar.



Figura 24 - Desenho livre de Francisca “Meu espaço”.



Figura 25 - Desenho livre de Samuel “Título: A casa mal-assombrada”.

Quanto à Figura 25, chama atenção o título que Samuel escolheu para referir-se à casa “mal-assombrada”. Vê-se paredes transparentes, sugerindo a falta de privacidade, a falta de limites entre o dentro e o fora. É interessante como ele pôde dar a sua versão da própria casa nesta atividade, pois não havia manifestado iniciativa na construção do espaçograma, no encontro anterior. Assim, constata-se que ambos (mãe e filho) atribuem significados semelhantes à casa onde moram atualmente.

No segundo desenho (Figuras 26 e 27), solicitou-se que desenhassem as pessoas da família. Samuel finalizou primeiro e explicou quem eram os membros representados, começando pelo pai. Francisca também começou pelo marido, desenhando os filhos e Samuel, mas não se incluiu. Quando ele perguntou “Vai esquecer de me colocar de novo?”, ela respondeu que não.

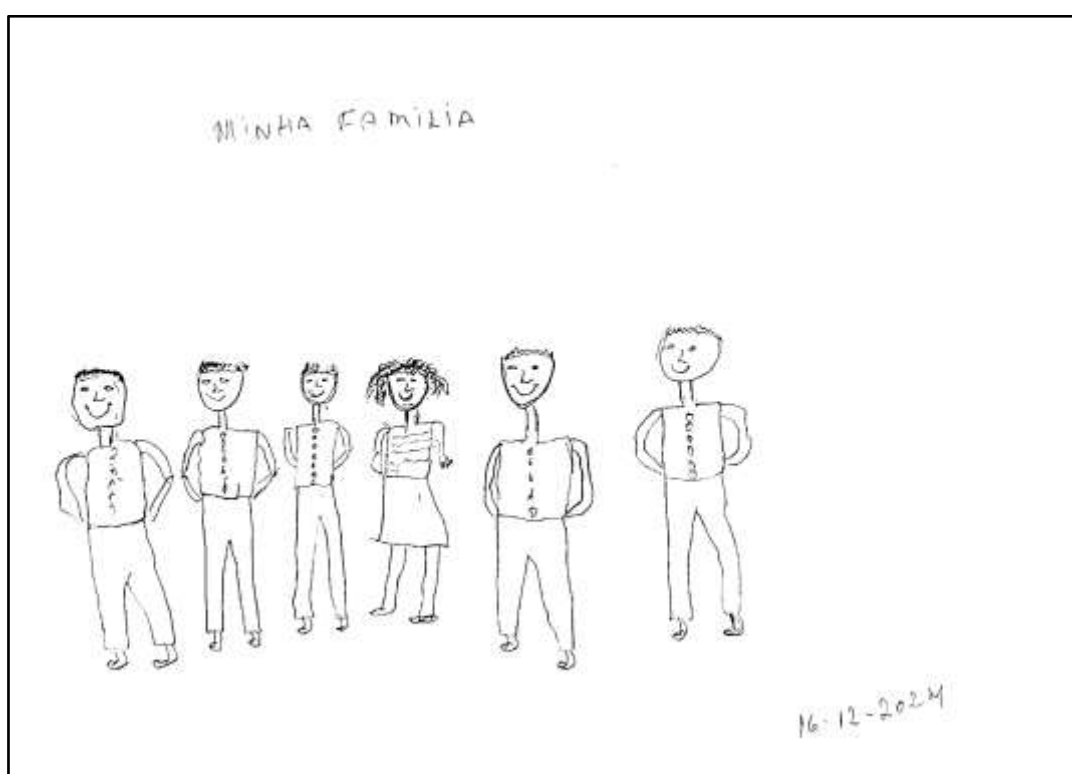


Figura 26 - Desenho da família (figuras humanas) de Francisca “Minha família”.

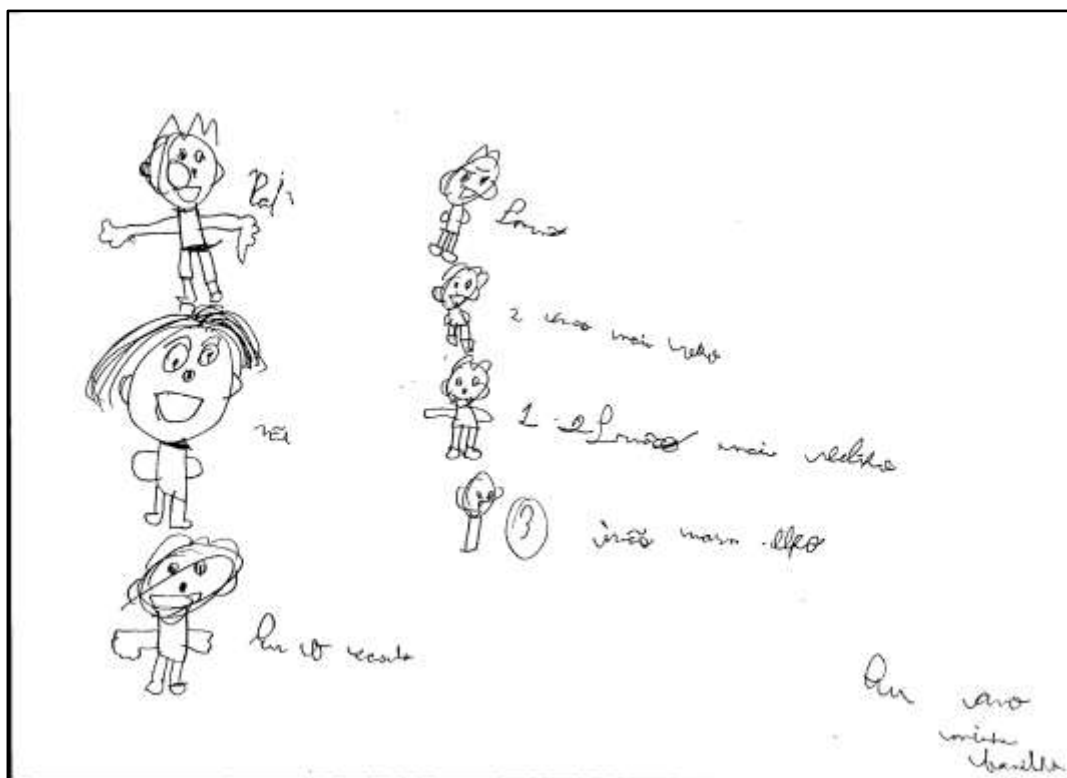


Figura 27 - Desenho da família (figuras humanas) de Samuel “Eu amo minha família”.

O terceiro desenho consistiu na produção da “família abstrata” (Figuras 28 e 29). Samuel desenhou uma flor, dizendo que representava a mãe, e não inseriu os outros membros da família, nem a si próprio. Francisca considerou essa proposta a mais difícil e desenhou um carro, associando-o à figura do marido, justificando que todos na casa gostavam de automóveis. Contudo, propõe-se uma interpretação acerca deste item “o carro”, relacionando-o ao que já falaram sobre Gilberto ao longo dos encontros. É como se o carro, a despeito de ser um objeto importante ao pai, representasse o constante ir e vir, nunca parar em casa, estar sempre viajando, ausente. Assim como o filho, ela não se colocou no desenho e não representou os demais filhos.

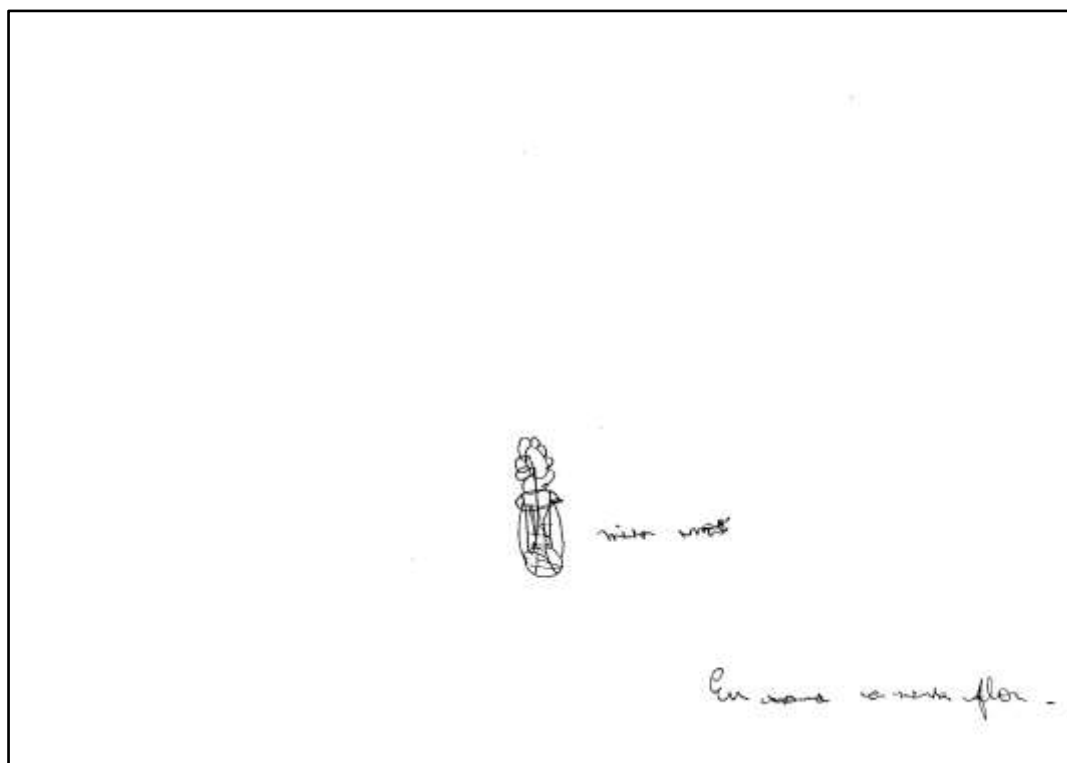


Figura 28 - Desenho da família (abstrata) de Samuel “Eu amo a minha flor”.

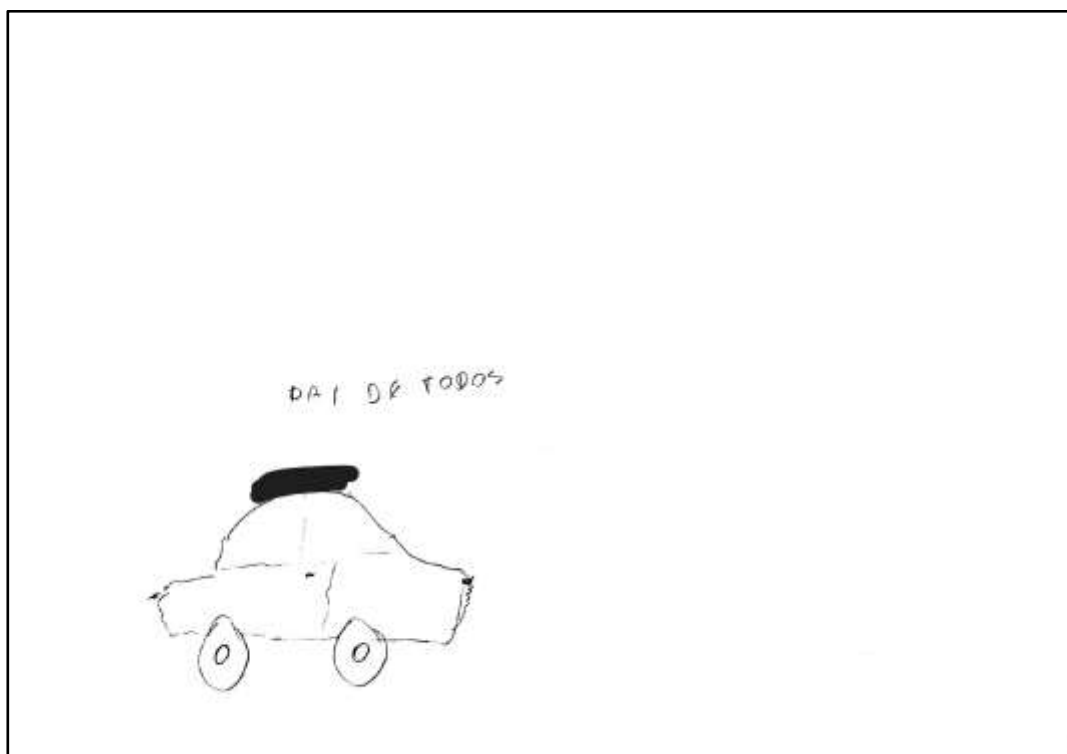


Figura 29 - Desenho da família (abstrata) de Francisca “Pai de todos”.

O quarto e quinto desenho consistiram num rabisco individual e rabisco coletivo, respectivamente. Francisca (Figura 30) fez algo semelhante a uma nuvem e Samuel desenhou um círculo (Figura 31). Ao serem convidados a complementar os rabiscos, Francisca encontrou figuras como um cachorro, um peixe (referência à fé católica) e uma figura humana. Samuel desenhou um anão, sem especificar se era alguém real ou personagem fictício. Na produção coletiva, Francisca novamente desenhou uma nuvem e Samuel traçou apenas uma linha (Figura 32). Escolheram complementar o desenho dela (Figura 33). Identificaram figuras como aves, baleia, uma árvore e uma montanha.

Ressalta-se que, nessa produção em conjunto, o resultado foi um desenho que, à primeira vista, parecia um tanto desordenado, sem uma identidade clara, “mutante”, como eles nomeiam. Essa característica parece refletir a dificuldade de unir duas visões individuais em uma única expressão artística coletiva, onde as particularidades de cada um não compõem um todo de forma harmoniosa.

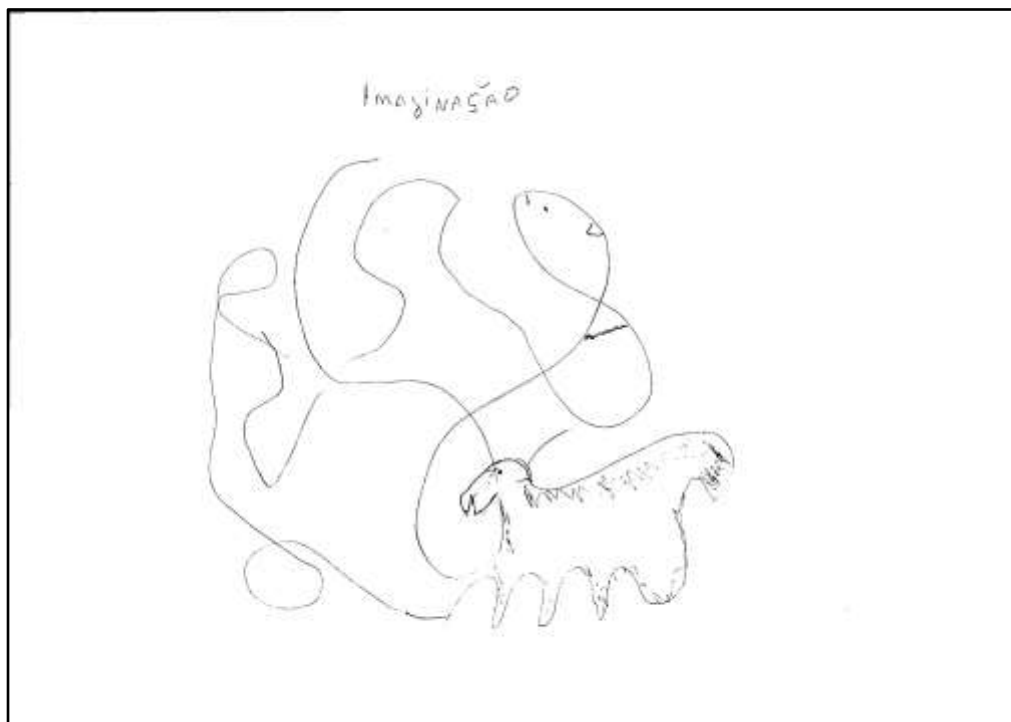


Figura 30 - Rabisco individual de Francisca “Imaginação”.

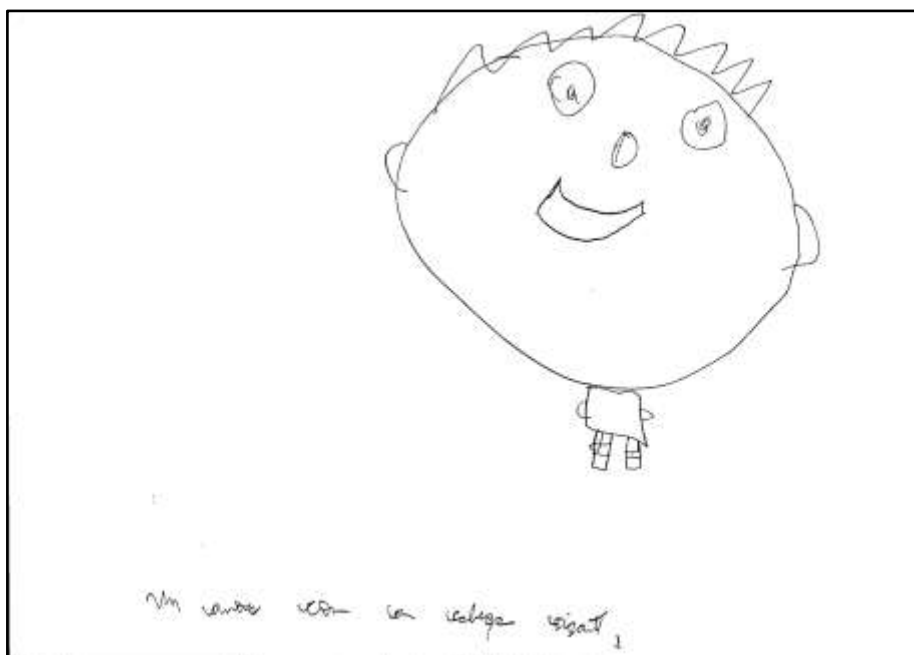


Figura 31 - Rabisco individual de Samuel “Um anão com a cabeça gigante”.

Mesmo incapaz de atribuir significados ao desenho, sugere-se como essa “cabeça gigante” aponta para o excesso de pensamentos ou os acúmulos que Samuel têm guardado para si, a exemplo do segredo familiar.

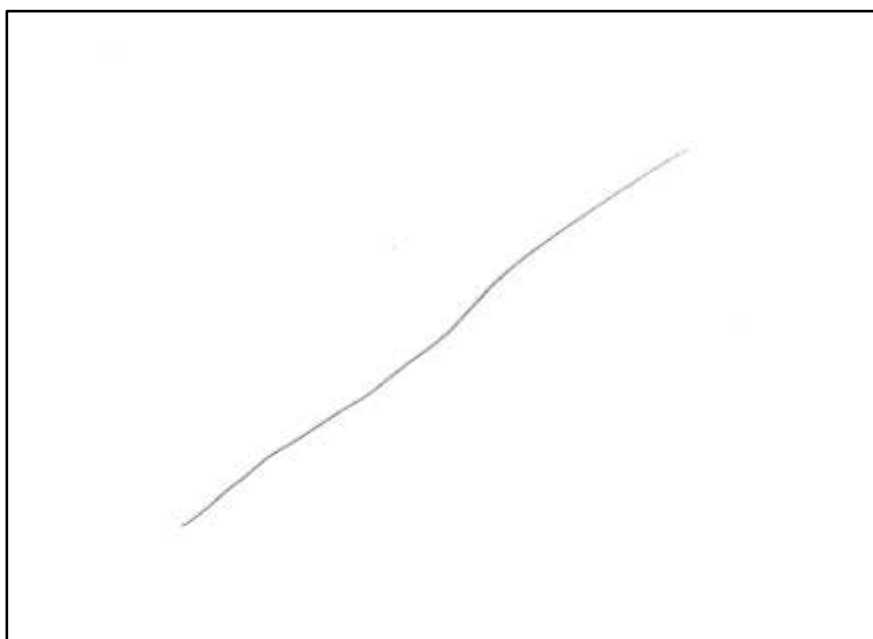


Figura 32 - Rabisco de Samuel.

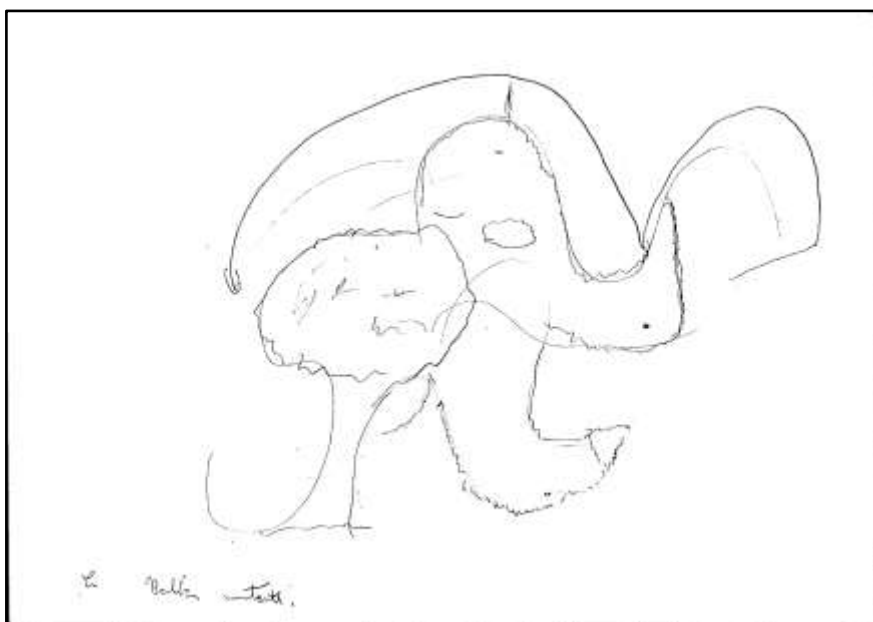


Figura 33 - Rabisco coletivo “A baleia mutante”.

No último desenho, também de tema livre, Francisca desenhou uma floresta de chorões, evocando uma memória que não soube precisar se era real: uma floresta com uma casa triste.

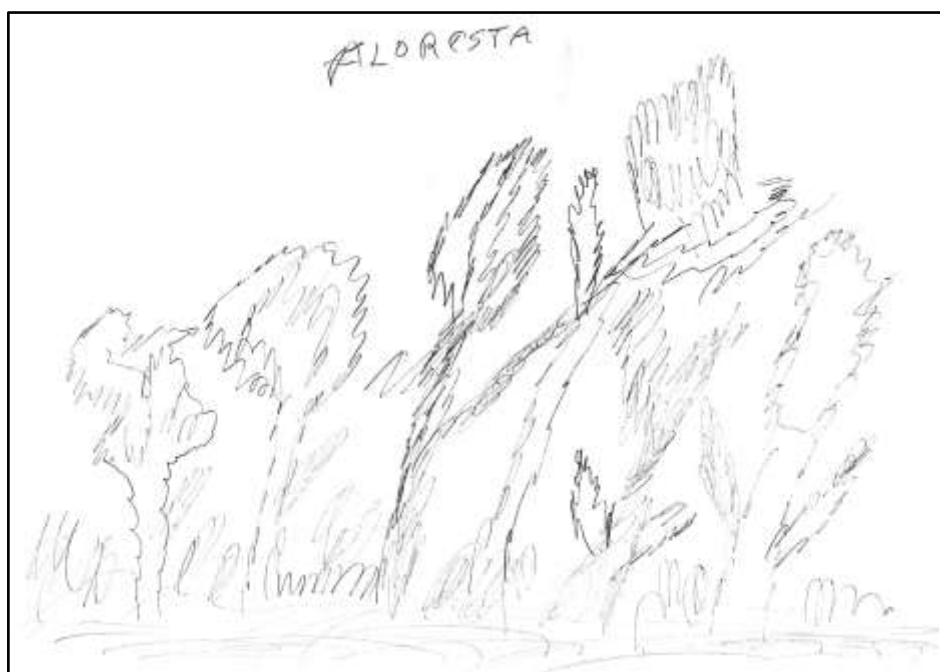


Figura 34 - Último desenho livre de Francisca “Floresta”.

Com esse último desenho de Francisca, percebe-se o quanto ela vinha trazendo elementos de sua individualidade relacionados à história pregressa, expressando-se de forma cada vez mais implicada, ainda que, num primeiro momento, dizia estar ali para que Samuel falasse. Essa percepção levou o pesquisador a incluir como proposição de devolutiva que ela procurasse um tratamento individual, pois muitas foram as questões particulares dela levantadas até então.

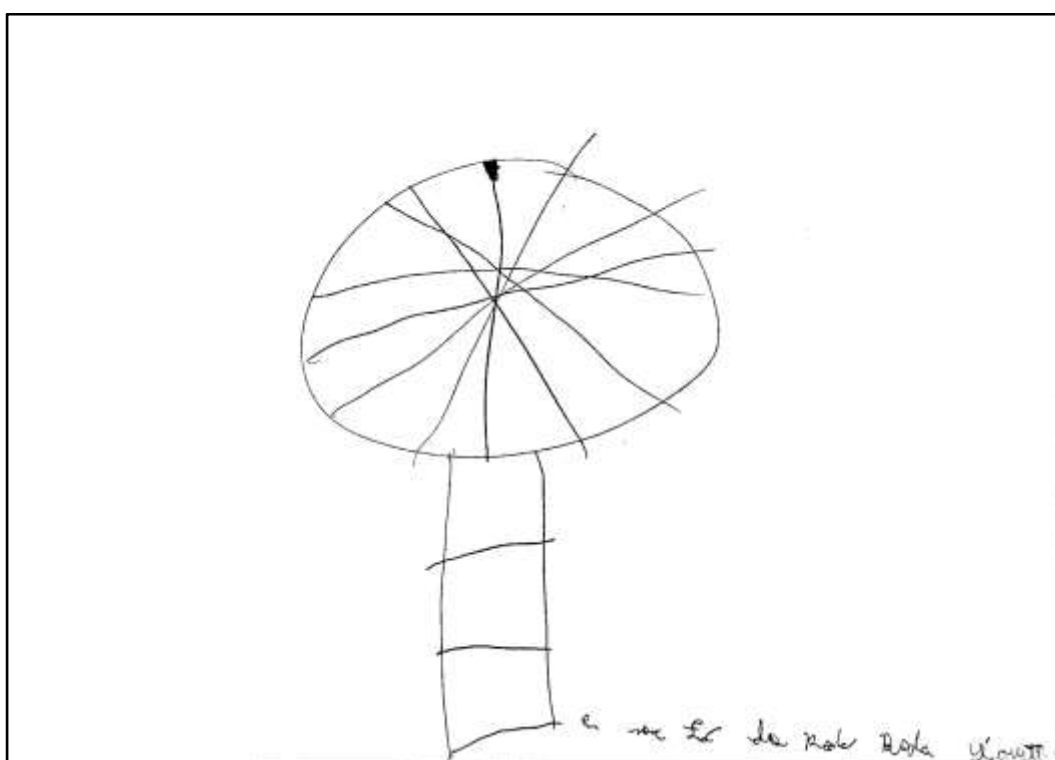


Figura 35 - Último desenho livre de Samuel “Eu sou fã do Roda a Roda Jequiti”.

Na Figura 35, também monossilábico a respeito de seus sentidos, Samuel apenas disse que gostava de assistir a esse programa de televisão junto à família. Visitando o que vinha sendo dito nos encontros anteriores, isso remeteu ao pesquisador a ideia de ganhos financeiros (tema que permeia o referido programa), o incentivo à autonomia de Samuel dentro do que lhe era possível. Durante o encontro, o pesquisador refletiu bastante sobre o conjunto de desenhos

produzidos por Samuel. Ao longo da aplicação do ADF, eles evidenciam, de maneira ainda mais clara, a presença de uma condição psíquica regredida e de possíveis déficits cognitivos. Tal impressão já se esboçava nas produções anteriores (linha da vida, genograma e espaçograma), mas é no ADF que se revelou de modo mais expressivo a dificuldade dele em aderir às propostas simbólicas e à organização das imagens conforme as instruções.

Os traços simples e pouco elaborados, a escolha de figuras rudimentares ou desconectadas do conteúdo sugerido, como o círculo transformado em um anão sem representação aparente, o risco isolado, sugeriram uma limitação notável na capacidade de elaboração simbólica. Ainda que possamos vislumbrar algumas informações pela via gráfica, as produções também serviram como um sinalizador de suas dificuldades em organizar e comunicar sua experiência interna, limitando as interpretações possíveis.

Essa constatação alimenta a reflexão sobre a real natureza da demanda de Samuel, se ela seria de ordem psíquica ou neurológica, algo que já vinha sendo debatido pela equipe do CAPS. De todo modo, o desenrolar dos encontros e a dinâmica que foi sendo observada tornaram cada vez mais evidente que a mãe, Francisca, é quem de fato apresentava uma demanda mais acentuada. Enquanto Samuel se mantém majoritariamente calado ou monossilábico, a mãe monopoliza a fala, trazendo à tona uma série de temas complexos que recaem significativamente sobre ela. Recolhendo essas observações, o pesquisador considerou que já havia material suficiente para uma devolutiva no oitavo e último encontro.

5.2.8 Oitavo encontro

O encontro teve início com a informação de que aquele seria o último, como já vinha sendo anunciado. O pesquisador fez uma retomada breve de tudo que havia sido trabalhado nos dois meses anteriores e solicitou que compartilhassem suas impressões. Samuel mostrou-se

mais sonolento e monossilábico do que de costume, enquanto Francisca se mostrou mais participativa do que nas outras vezes. Antes que fossem feitas devolutivas, ela começou a relatar o que havia apreendido no processo, dizendo que havia saído do último encontro refletindo sobre o motivo de não ter se incluído no desenho da família. Reconheceu que sempre fez tudo pelos outros e se esqueceu de si, e que isso já havia sido pontuado anteriormente por uma psicóloga durante a preparação para a cirurgia bariátrica. Disse que sua vida inteira foi marcada pelo cuidado com os filhos, o marido, a casa e a empresa.

O pesquisador reforçou que sua escuta vinha captando o quanto Francisca estava sobrecarregada, especialmente com os cuidados dirigidos a Samuel. Ela concordou, relatando ter se sentido impaciente com ele nos últimos dias, o que lhe gerava culpa. Pela primeira vez, verbalizou: “A gente sabe que o Samuel será para sempre um bebezão”, afirmando que a família, especialmente Rodolfo, já sabia como se organizar para cuidar dele após sua morte. O pesquisador pontuou a importância de organizar um cuidado que não recaísse exclusivamente sobre ela, dado que Samuel também tinha pai. Francisca disse que Gilberto sempre se esquivou das responsabilidades, deixando as decisões nas mãos dela e dos filhos.

Diante da pergunta “E onde há espaço para a sua voz nisso tudo?”, Francisca respondeu que não havia. Lembrou-se que a única ocasião em que ficou afastada de Samuel foi durante uma internação cirúrgica, período em que ficaram separados por 45 dias. Contou que, na infância do filho, uma psicóloga sugerira que ela passasse uma semana longe dele, pois estavam “muito colados”. Disse que não tinha vontade de viajar e que, mesmo quando os filhos ofereceram uma viagem à Itália, recusou. Confessou que às vezes se perguntava o verdadeiro motivo de sua existência e emocionou-se, pela primeira vez em oito encontros, ao dizer que os filhos a lembravam do seu valor: criou quatro e ainda adotou mais um.

Relatou ter se comovido com o desenho de Samuel, no qual ele a representou como uma flor. Disse que isso evidenciava que, para ele, eles eram sua verdadeira família. Narrou que, no

dia anterior, Samuel havia passado o dia ajudando os irmãos na empresa e que isso lhe parecia um marco importante. O pesquisador reforçou que a construção de pequenas autonomias por parte de Samuel era essencial, não só para ele, mas para que Francisca também pudesse se desvincular um pouco. “Você também é dependente dele”, disse o pesquisador, ressaltando que seus outros filhos já estavam encaminhados e que Gilberto se mantinha em fuga.

Destacou-se que Gilberto aparecera diversas vezes nas falas, mas nunca presencialmente. Francisca compartilhou que não gostava da casa atual, que preferia morar em um apartamento, mas o marido era contra. O pesquisador observou que o espaçograma havia revelado certo distanciamento simbólico daquela moradia, e que o assalto à chácara poderia ter lhes roubado algo além de bens: a vitalidade. Francisca, então, lembrou de outros episódios de perdas, como o fechamento da empresa anterior após uma série de furtos. A atual empresa, segundo ela, era gerida por dois filhos e por ela; Gilberto ficava com as vendas. Disse que os próprios filhos reconheciam que ele se esquivava diante de qualquer problema.

Frente a esse histórico, o pesquisador questionou quem, afinal, era o verdadeiro chefe da família, já que ela, Francisca, é quem dá conta de tudo e todos. Ela reconheceu que, em razão das crises na família, sempre preservou Samuel de muitas informações, criando-o “numa redoma de vidro”. Contou que há fatos sobre os primeiros anos de vida de Samuel que ele desconhece e que, para ela, é melhor assim. Ainda assim, considerou valioso o fato de ele ter podido conhecer parte de sua história nos encontros, ficando surpresa com sua reação positiva.

Disse que, em casa, Samuel fala bastante, mas que ali, na situação da pesquisa, se calou. O pesquisador ressaltou que, apesar dos silêncios, Samuel havia escutado e comunicado através de outras formas. Mencionou, por exemplo, o episódio da traição do pai. Francisca revelou ter descoberto, apenas ali, que Samuel sabia, pois sempre tentara esconder. Perguntada como soube da traição, ela relatou ter investigado e que, no dia do flagrante, estava com um dos filhos

(Murilo), que se sentiu responsável pelo ocorrido. Desde então, pensaram em se separar, mas não o fizeram. Por ele e pelos outros filhos.

O pesquisador retomou o objetivo da pesquisa, que era conhecer a família do usuário e verificar a pertinência de um atendimento familiar. Considerou que, sem a presença do pai, tal modalidade teria pouco sentido. Francisca concordou, mas disse que o marido provavelmente não aceitaria. O pesquisador sugeriu, então, que Francisca buscasse um espaço para si, onde pudesse falar de sua vida, em atendimento individual, seja pela rede pública ou por iniciativa própria. Ela concordou e disse, em tom de brincadeira, que tentaria “ano que vem”. Com essas reflexões, finalizou-se o último encontro com Francisca e Samuel.

6 ANÁLISES

No início de um tratamento familiar, assim como ambos os casos evidenciam, a procura raramente se organiza a partir de uma demanda familiar compartilhada (Machado, Carneiro & Magalhães, 2011). A literatura aponta que, com frequência, o grupo chega mobilizado por encaminhamentos externos e traz consigo um paciente identificado, aquele que concentra o sofrimento e cuja presença justifica o encontro clínico (Nussbaum, 2016). Na perspectiva de Ramos (2016), a família se apresenta, assim, a partir de uma divisão implícita entre quem está doente e quem é sadio, entre aquele que “tem o problema” e aqueles que se colocam como observadores, cuidadores, explicadores do mal-estar alheio e até mesmo como coterapeutas. Tal constatação confirma-se com a forma inicial com que os participantes vieram até mim, queixando-se apenas do outro (neste caso, dos usuários do CAPS, Bárbara e Samuel).

Apesar desse modo de chegada, o enquadre com o casal e com a família deve guiar-se pela compreensão de que o grupo (conjugal ou familiar) é o paciente, e não os seus componentes individuais (Nicoletti, 2016; Ramos, 1998). Desta forma, o enquadre no trabalho com famílias assegura a participação e a escuta de todos os seus membros, oferecendo um espaço de segurança e contenção que o próprio grupo não consegue estabelecer por si só. Como muitos dos encontros iniciais se organizam em torno de um único membro, seus padecimentos e os efeitos de seu sofrimento sobre o grupo familiar, a demanda tende a permanecer circunscrita a esta figura (Nussbaum, 2016), assim como se percebeu com ambos os grupos da pesquisa. Em vista disso, as demandas dificilmente emergem de forma espontânea e, para responder a elas, o psicanalista deve adequar o enquadre, “o que implica criar novos dispositivos e implementar modos diversos de intervenção, diferentes dos habituais no enquadre analítico” (Nussbaum, 2016, p. 121).

Nessa mesma perspectiva, Ramos (2016) argumenta que o enquadre não deve ser algo

rígido e aprisionante, mas uma ferramenta que o paciente possa usar como quiser e puder, ao passo que cada tratamento demanda um enquadre distinto. É nesse horizonte que o Psicodiagnóstico Interventivo apresentou-se como um dispositivo clínico coerente com os objetivos desta pesquisa. Por articular avaliação e intervenção desde os primeiros encontros, permitiu que o funcionamento psíquico e vincular fosse se manifestando no próprio processo, a partir dos diferentes instrumentos dos quais se utilizou. Embora utilize procedimentos e instrumentos psicológicos, como toda avaliação, o Psicodiagnóstico Interventivo de orientação psicanalítica caracteriza-se, em termos operacionais, pelo uso privilegiado dos métodos projetivos como mediadores do contato entre paciente e psicólogo (Barbieri & Heck, 2017). Tais métodos possibilitam o acesso ao inconsciente e favorecem a ocorrência de encontros mutativos, nos quais algo do funcionamento psíquico pode ser mobilizado e transformado já no curso do processo avaliativo.

Foi o que se pretendeu a partir do uso dos recursos artístico-expressivos, que funcionaram não somente como avaliadores, mas como mediadores na comunicação entre os participantes e o pesquisador, além de fornecer subsídios para intervenções no decorrer do processo. Soma-se a isso que até o início das intervenções, o pesquisador ainda não tinha vivenciado a experiência do atendimento com casal ou família, mas rapidamente constatou que seria muito difícil trabalhar com esses sujeitos apenas pela via da fala, pois a situação do grupo lhes parecia constrangedora, principalmente ao levarmos em consideração o fato de que estavam ali para tratarem de suas relações. Afinal, “Lidar com o íntimo e o privado, resolver o que é compartilhável e precisa ser compartilhado, aceitar o que é íntimo de cada um sem exigência de revelação, é mais um desafio a vencer no espaço clínico” (Tozatto, 2007, p. 86).

Assim sendo, o processo do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar só pôde indicar sucesso até esse momento, pois incluíram procedimentos alternativos e mais dinâmicos do que somente o uso da palavra. Esses recursos artístico-expressivos funcionaram, portanto, como

meios privilegiados para o acesso às tramas familiares que atravessam os sujeitos da pesquisa. A intervenção favoreceu, antes de tudo, momentos de diálogo que abriram passagem ao mal-estar compartilhado, permitindo que este fosse materializado nos papéis, nomeado, discutido e, em algum grau, simbolizado. Dessa maneira, assim como assinalam Barbieri e Heck (2017), o Psicodiagnóstico Interventivo tem o potencial de se constituir como uma experiência clínica com efeitos próprios ou como um preparatório de um processo psicoterapêutico futuro.

Para ilustrar esses pontos, compartilho a seguir algumas análises sobre os casos expostos anteriormente. Num primeiro momento, discorro sobre cada caso separadamente e, em “Últimas análises”, busco identificar pontos em comum entre ambos.

6.1 BÁRBARA E LEONARDO

A chegada de Bárbara e Leonardo ao atendimento familiar se organizou desde o início, a partir de um recorte que localizava Bárbara como o problema do casal. A queixa se estruturava em torno de seus sintomas, de suas dificuldades emocionais e de sua aparente incapacidade de sustentar a vida cotidiana, enquanto Leonardo comparecia como aquele que cuida, organiza e tenta explicar o sofrimento da parceira. Esse modo de apresentação não se mostra fortuito. Conforme discute Ramos (1998), é frequente que um dos membros do casal chegue ao enquadre indicando que é o(a) companheiro(a) o único que precisa de ajuda. O sofrimento, assim, é concentrado em um único corpo, o que permite ao vínculo manter-se relativamente protegido frente a angústias mais difusas.

Neste caso, a centralização da queixa em Bárbara parecia cumprir precisamente essa função. Ao nomeá-la como frágil ou adoecida, o casal construía uma narrativa que acobertava aspectos significativos da história de ambos e do laço que os une. Leonardo, ao assumir uma posição propositiva e cuidadora, ocupava um lugar que servia como defesa frente à própria

experiência de perda e vulnerabilidade. A morte abrupta do pai, as compulsões alimentares, o cansaço, a desconfiança para com suas figuras familiares, o medo constante de falhar e de perder Bárbara, sugerem que sua escuta do sofrimento da parceira atuava como forma de afastar o contato com a própria dor, deslocando-a para o cuidado com ela, como se o sofrimento só pudesse ser reconhecido quando localizado fora de si.

Quando se olha para a relação do jovem casal, observa-se a presença de intensos ruídos na comunicação, frequentes desentendimentos e uma dificuldade mútua de se expressarem sem desencadear reações defensivas ou interpretações distorcidas. A sensação do pesquisador, em determinados momentos, foi de estar pisando em ovos, pois em vários momentos Bárbara, principalmente, se exaltava, evidenciando o nível de tensão que permeia os diálogos entre eles. Leonardo, na maioria do tempo, permanecia em uma posição de cautela, tentando antecipar os possíveis efeitos de suas falas sobre Bárbara (e também pisando em ovos), enquanto esta parece ocupar um lugar em que não se sente compreendida, muitas vezes reagindo com ironia, silêncio ou lágrimas. Nota-se, inegavelmente, que as trocas entre ambos oscilam entre momentos de proximidade e afeto e episódios de conflito, nos quais a comunicação se torna o grande problema. Se a via discursiva, portanto, demonstrava-se prejudicada, o uso dos recursos artístico-expressivos, como a linha da vida e o genograma, permitiu o acesso a camadas mais profundas da vida dos participantes, que talvez permaneceriam inacessíveis somente pelo “diálogo”.

No decorrer dos encontros, quando convidados a realizar as produções gráficas, tanto Bárbara quanto Leonardo demonstraram grande disponibilidade e envolvimento com as propostas. No papel, entregavam-se com seriedade e atenção, sem resistências iniciais, o que já sinalizava certa abertura para o processo. Leonardo se dedicava com intensidade perceptível: seus gestos eram firmes, seu traçado decidido, como se ali estivesse empenhado em registrar algo que precisava ser colocado para fora. Já Bárbara, embora mais silenciosa e contida,

demonstrava profundo cuidado com o que escrevia ou desenhava, evitando qualquer barulho, apagando e reescrevendo com delicadeza. Vê-se aí a pertinência do uso dos recursos mediadores durante o Psicodiagnóstico Interventivo Familiar enquanto uma alternativa à comunicação verbal per se. Como sublinha Winnicott (1990/2024, p. 132): “A cooperação do paciente na maioria das vezes é inconsciente, mas o tipo de material apresentado depende da linguagem do analista”.

O genograma de Bárbara, somado ao seu relato, evidencia um histórico familiar atravessado por negligência, violência e abandono. Correa (2000) assinala que o grupo familiar constitui o espaço primário de transmissão psíquica e que, quando esse grupo se organiza de forma precária, pode tornar-se perigoso para a sobrevivência psíquica de seus membros. A descrição dos irmãos como “lentos”, “passivos” e “calados” e dos pais como figuras marcadas por traços depressivos, dependência emocional, agressividade e alcoolismo compõe um cenário de grande vulnerabilidade psíquica e social. Diante desse pano de fundo, chama atenção o lugar que Bárbara parece ocupar: a única que busca ajuda, que cuida dos outros, que se responsabiliza por questões que não são suas e que, em alguma medida, a torna a mais saudável da história. É como se, na permanência do lugar de usuária, de frágil e incapacitada, ela se sentisse incumbida de reparar aquilo que não causou, de dar conta da dor alheia, o que a mantém aprisionada na função de quem carrega uma caríssima herança familiar.

A história de Bárbara evidenciou, de forma contundente, a presença de múltiplas violências ao longo de seu desenvolvimento. Violência doméstica familiar, negligência emocional, experiências de *bullying* e sobrecarga precoce compõem um cenário no qual o ambiente falhou de maneira reiterada. Winnicott (1962/2022b) aponta que falhas ambientais precoces, sobretudo quando persistentes, comprometem os processos de amadurecimento e acarretam diferentes distúrbios. No caso desta usuária, via-se um modo de se expressar mais hesitante, retraído, com uma narrativa marcada por quebras e irrupções emocionais, como se

observou no segundo encontro ao discutir com Leonardo. Suas expressões podem ser compreendidas como resultados diretos desse ambiente familiar inicial que não ofereceu condições suficientes de acolhimento, previsibilidade e reconhecimento.

Justamente nesse ponto que deu-se a interrupção do processo, motivada pelo fato de que Bárbara conseguiu um emprego. Não considero isso apenas como um fim abrupto, mas como um possível efeito do próprio processo, principalmente a partir dessas reflexões supracitadas que emergiram a partir da produção do genograma. Desse modo, podemos levantar a hipótese de que algo ali foi tocado a partir das intervenções suscitadas por este recurso. Arrumar um emprego - o que era impensável para Bárbara, dadas as condições emocionais das quais se queixava - pode indicar um recolocar-se na vida, romper com o histórico de adoecimento que imobilizou sua família e ela própria. Soma-se a isso que a contratação se deu por uma instituição da área da saúde, como se pudesse ocupar agora um lugar diferente daquele de usuária do CAPS. Assim, mesmo a saída repentina não invalida o que ali se construiu, pois eles compareceram, falaram, viram e ouviram o que era preciso.

Ainda assim, estas análises poderiam ter sido mais enriquecidas mediante a continuidade desses usuários até o término do processo, em que se pretendia investigar mais a fundo também as questões de Leonardo que estavam emergindo. Já se observava, por exemplo, a importância de lhe indicar, como um possível encaminhamento no decorrer do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar, a busca por psicoterapia individual. Infelizmente, em razão da interrupção, o alcance da presente análise é limitado, mas ainda assim nos faz pensar em possíveis efeitos que, mesmo ao longo de poucos encontros, a intervenção pode ter produzido. A despeito dessa hipótese, não se descartam os obstáculos inerentes a esse tipo de enquadre vincular, pois, como demarca Mazarina (2016), o terapeuta depara-se com resistências às mudanças de várias ordens. A desistência e abandono da intervenção pode, talvez, ser uma delas.

6.2 SAMUEL E FRANCISCA

Num outro cenário, quando olhamos para o caso de Samuel e Francisca, nos deparamos com um emaranhado relacional no qual o sintoma do filho ocupa uma função estruturante na dinâmica familiar. Desde os primeiros encontros do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar, Samuel é apresentado como o paciente identificado, aquele em torno do qual se organizam os cuidados, as preocupações e as justificativas para o mal-estar desta família. Chama atenção, contudo, o fato de se tratar de uma família numerosa em que, desde o início do processo, apenas a mãe comparece aos atendimentos, dado que introduz uma ausência significativa e suscita a questão sobre o lugar (ou a falta dele) ocupado pelos demais membros na oferta do cuidado e na elaboração das questões que atravessam o grupo familiar.

A entrada de Samuel na família, por meio de uma adoção inicialmente informal e posteriormente legalizada, aparece como um acontecimento pouco elaborado do ponto de vista psíquico. O gesto de acolhimento, embora revestido de uma aparência de generosidade, contrasta com os lapsos e ambivalências presentes no discurso de Francisca, como quando o esquece nas representações gráficas ou afirma ter “quatro filhos mais um”. Benghozi (2010) descreve a adoção como um segundo nascimento, de natureza psíquica, que exige um trabalho de filiação e afiliação construído na reciprocidade intersubjetiva. Quando esse processo não se realiza, o segredo ou a comunicação precária da adoção tende a adquirir um caráter patogênico.

Winnicott (1953/1997) afirma que, quando a adoção transcorre de modo suficientemente bom, a história da criança pode se tornar uma história humana comum. Entretanto, o autor adverte que, com frequência, crianças adotadas chegam às novas famílias após terem recebido cuidados inadequados, o que faz com que os pais adotivos recebam não apenas um bebê, mas também um problema psicologicamente complexo (Winnicott,

1954/1997). Nessas condições, a ausência de uma comunicação clara e verdadeira sobre a adoção intensifica as dificuldades emocionais, favorecendo a construção de fantasias e mitos que se misturam aos fatos da vida.

Winnicott (1955/1997) acrescenta que muitos problemas poderiam ser evitados se a criança fosse informada desde cedo sobre sua condição adotiva, enquanto grande parte dos impasses surge justamente da demora ou da recusa em comunicar essa verdade. Para o autor, a criança necessita de informações sobre os fatos de sua vida e de uma pessoa confiável que a acompanhe na busca pela verdade; quando isso não ocorre, recorre à imaginação, produzindo mistérios carregados de afetos ambivalentes. No caso de Samuel, a adoção mal comunicada parece ter contribuído para um campo de incertezas e apagamentos que atravessa sua posição na família e sua relação consigo mesmo.

Essa fragilidade na inscrição do pertencimento se articula a um histórico de violências que atravessam a trajetória de Samuel desde muito cedo. Correa (2000) indica que a violência intrafamiliar, isto é, a que ocorre no seio da família, pode se manifestar por uma miríade de formas: ataques à integridade física ou psicológica, negligência, maus tratos, podendo levar, inclusive, ao suicídio. Em alguns casos, entretanto, a violência se expressa de maneira sutil ou indireta. Nessas condições, o que Samuel experiencia na família atual é um lugar marcado pelo silêncio e pelo apagamento progressivo de sua palavra. Embora esteja presente, sua voz raramente encontra espaço, sendo frequentemente substituída pela fala da mãe, que ocupa o lugar de intérprete de seus afetos, desejos e necessidades.

Assim, a relação entre Francisca e Samuel é marcada por dependência intensa e escassa autonomia do filho. Samuel é frequentemente colocado na posição daquele que precisa ser mandado e conduzido, ainda que, de modo paradoxal, a mãe expresse o desejo de que ele se torne mais autônomo. Durante os encontros, Francisca afirma querer que o filho fale, mas ocupa reiteradamente seu lugar de fala. O silêncio de Samuel, nesse contexto, não se apresenta como

ausência de discurso, mas como efeito de um apagamento histórico e subjetivo, no qual sua voz não encontra espaço de escuta. Cypel (2016) afirma que existir psiquicamente supõe ser visto, nomeado e reconhecido pelo outro significativo; quando isso falha, instala-se uma vivência de invisibilidade que atravessa os vínculos.

Entretanto, Samuel fala à sua maneira. Seu corpo torna-se território de inscrição dos impasses que permeiam a família. O ato de engolir certos objetos (pilhas, relógios, plugs) remete não somente a uma tentativa de chamar a atenção, como indicado pela mãe, mas a uma operação psíquica mais complexa: aquilo que não foi digerido, nomeado ou simbolizado na trama familiar retorna como objeto concretamente engolido. Eiguer (2016) utiliza a metáfora da digestão para pensar os processos identificatórios, indicando que introjetar o outro supõe metabolizar experiências emocionais. Parece-me que o conflito entre o que se engole e o que se engasga aponta para uma dificuldade de metabolização das experiências vividas, um modo de expressar o que não conseguia dizer.

A relação com o alimento, recorrentemente tematizada nas entrevistas, parece ressoar essa ambiguidade: recusa-se a comida da mãe, mas busca-se constantemente alimentos externos. Talvez como tentativa de separação, talvez como recusa daquilo que representa o materno (que, para ele, é traumático desde o início da vida, vide à experiência de ser arremessado na parede), ou ainda como forma inconsciente de punição ou protesto para com a família. Numa outra direção, engolir esses objetos potencialmente letais o conduz à posição de quem precisa de cuidado, possibilitando-lhe um afastamento temporário da casa, ao mesmo tempo em que mobiliza a presença de outros (médicos, enfermeiros, técnicos) como figuras substitutas da atenção parental. Parece haver, ainda, nesse gesto, uma identificação com a mãe, que também passou por uma intervenção cirúrgica no trato digestivo. Assim, ambos compartilham marcas no corpo e experiências ambivalentes com a função alimentar, ora ligada ao sustento e ao afeto, ora convertida em risco e sofrimento.

Pode-se introduzir outra leitura para os episódios de ingestão de objetos nocivos quando estes são colocados em paralelo com a trama de segredos que atravessa a família de Samuel. Segundo Kaës (2002, p. 30), “em todo vínculo, o inconsciente se inscreve e se expressa várias vezes, em diversos registros e em várias linguagens”. Supõe-se que, para além da dimensão da falha de metabolização psíquica, o ato de engolir pode ser compreendido como uma forma concreta de guardar aquilo que não pode ser dito. A traição do pai com a babá, conhecida por Samuel e por Francisca, mas pouco elaborada e raramente nomeada, constitui um desses conteúdos que permanecem encapsulados no espaço familiar.

Correa (1994) descreve o segredo familiar como um organizador psíquico que impõe silêncios, buracos e zonas interditadas à palavra, funcionando como uma barreira à simbolização e à individualização. O que não pode circular no discurso tende a permanecer retido, exigindo outras vias de expressão. Nesse sentido, engolir objetos perigosos pode ser lido como uma tentativa de manter dentro de si aquilo que ameaça a coesão familiar caso venha à tona. O segredo, conforme aponta Correa (2000), não se define apenas pelo conteúdo ocultado, mas pela forma como o grupo se organiza para mantê-lo fora do campo representacional. Guardar o segredo implica um custo psíquico elevado, sobretudo para aquele que ocupa uma posição mais frágil na hierarquia familiar. Samuel, situado no lugar de dependente e pouco autorizado à palavra, parece assumir a função de reter no corpo aquilo que não encontra lugar na linguagem, como se fosse necessário engolir o indizível para preservar o vínculo.

Vilhena (1991) contribui para essa leitura ao afirmar que, em muitas famílias, o doente se torna aquele que enuncia o não dito, o porta-voz do inconsciente familiar, denunciando por meio do sintoma aquilo que todos sabem, mas ninguém deve saber. O sintoma, nesse caso, não apenas expressa um sofrimento individual, mas revela fissuras na organização vincular, expondo o que foi recalcado ou mantido sob censura. A ingestão de objetos, ao colocar o corpo de Samuel em risco, força a família a se mobilizar, trazendo à cena algo do excesso que o grupo

tenta conter. Essa posição se aproxima da figura do paciente identificado, tal como descrita por Brettas (1991), aquele que se torna depositário das angústias, conflitos e impasses não elaborados pelo grupo familiar. Ao concentrar em si o adoecimento, Samuel protege, paradoxalmente, os demais membros da família de entrarem em contato direto com seus próprios conflitos. O sintoma funciona como uma solução precária, mas eficaz, para manter o segredo operante, ainda que ao custo da integridade psíquica e física daquele que o carrega.

Outro ponto que suscita análise é o exercício das funções parentais. A despeito dos papéis materno e paterno, em seu uso biológico ou legal do termo, o que interessa à Psicanálise é pensá-los como funções e como elas são exercidas (Correa, 2000). No que corresponde ao pai/marido, aqui nomeado como Gilberto, nota-se uma ausência demasiadamente significativa para Samuel e Francisca. Tal ausência é mencionada de forma recorrente por ambos, sendo atribuída a diferentes fatores, como o trabalho fora de casa, a permanência nos fundos da residência, o consumo de álcool e a evitação de conflitos familiares. Gilberto aparece como alguém que, mesmo quando presente fisicamente, se mantém distante das demandas da casa e do filho, e que delega à esposa a responsabilidade quase exclusiva pelo cuidado com Samuel.

Francisca se queixa da sobrecarga e da solidão no exercício da parentalidade, ao passo que Samuel, embora fale pouco, demonstra insatisfação com o tratamento que recebe do pai e um desejo não correspondido de aproximação. Soma-se a isso a traição com a babá que paira como uma sombra sobre a família e que pôde emergir no contexto do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar. Na esteira desses fatos, ainda que a ênfase à mãe (a função) seja muito descrita na obra de Winnicott, não se pode dispensar a função que o pai (ou quem a exerce) assume na vida familiar. Conforme explica Rosa (2022), a paternidade em Winnicott não se restringe à provisão material ou à autoridade normativa, mas diz respeito à capacidade de sustentar o ambiente, proteger a díade mãe-bebê, introduzir limites e oferecer à criança uma experiência de confiabilidade e reconhecimento.

Quando essa função falha ou se apresenta de modo distante, ambíguo ou intrusivo, a criança pode vivenciar sentimentos de rejeição, desamparo e invisibilidade, que tendem a se expressar por vias sintomáticas ou atuadas no laço familiar. Nesse sentido, Eiguer (2016) assinala que “às vezes, sentindo-se rejeitada ou muito apagada, a criança procura os pais e seu amor” (p. 17), o que se percebe no caso de Samuel para o pai, Gilberto. Quanto à função da família diante das demandas de Samuel, Winnicott (1957/2023a) já nos informava que muitas famílias não conseguem tolerar a presença de um filho adoecido, o que inspira a necessidade de dispositivos de cuidado como a psicoterapia, desde que os pais consigam oferecer a sustentação necessária do filho.

Afinal, há, neste caso, “uma deficiência ambiental que precisa ser reparada” (Winnicott, 1959b/2023a, p. 215). Por isto, a Psicanálise pode oferecer ao sujeito uma experiência que não pôde ser vivida no âmbito familiar, na medida em que se constitui como um ambiente suficientemente bom, capaz de acolher e sustentar aquilo que falhou precocemente. Diante do fracasso das funções familiares em prover continência e continuidade, o *setting* analítico pode operar como um espaço reparador, no qual se torna possível retomar, ainda que de forma tardia, aspectos do desenvolvimento interrompidos, favorecendo a emergência de experiências até então inviáveis.

A respeito das produções gráficas utilizadas no Psicodiagnóstico Interventivo Familiar, muito puderam contribuir para a compreensão da dinâmica familiar e fornecer o subsídio necessário às devolutivas. Via-se como Samuel era esquecido reiteradas vezes tanto na linha da vida quanto no genograma, até o ponto de ele próprio manifestar seu incômodo. Ambos os recursos artístico-expressivos expressam o lugar que Samuel até então ocupava para a mãe, como um lugar não representado, marginalizado, tal como um “membro fantasma” (Correa, 2002). O genograma, especialmente, ajudou a materializar o corpo familiar inconsciente e serviu para dar-lhe mais contornos, alocando Samuel na família.

No espaçograma, por sua vez, destacou-se um certo esvaziamento afetivo do ambiente doméstico. A planta foi desenhada por Francisca de maneira imprecisa, sem delimitação clara de muros ou paredes internas, como se o contorno do espaço, assim como da família, ainda estivesse por ser construído. Alguns móveis foram omitidos, cômodos apareceram desproporcionais, e chamou a atenção o fato de Samuel dormir no colchão do quarto da mãe, mesmo tendo um quarto próprio, numa configuração que aponta para uma relação marcada por dependência e confusão de lugares. A menção à antiga casa, mais ampla e estruturada, é trazida em contraste com a sensação de despertencimento na casa atual, como se a vitalidade da família tivesse sido perdida em meio às mudanças que a família enfrentou ao longo do tempo.

Por fim, o ADF revelou muitas limitações de Samuel para com a realização dos desenhos. Soma-se a isso o que já se constatava em outras produções: traços muito grossos, desorganizados, formas confusas e de difícil atribuição de sentidos aparente. Evidenciou-se, também, que as produções em conjunto não conseguiam compor algo uniforme. No aspecto individual, Francisca pareceu aproveitar dos desenhos para contar histórias, lembrar de eventos passados, compartilhar novas informações, o que ajudou a oferecer o entendimento de que ela teria muito a se beneficiar de um processo de psicoterapia apenas para si. Esse convite - de que ela teria muito a se beneficiar com o atendimento individual depois dali - foi feito após o ADF, no último encontro, e lhe pareceu muito bem-vindo, ao passo que chegou a me questionar se eu também atendia nessa modalidade.

Além desse encaminhamento, sugeriu-se que a família continuasse como pacientes em um atendimento em conjunto, na circunstância do projeto de extensão da UEL. Reiterou-se que a participação de outros membros também seria muito importante. Contudo, ainda que não tenham me acionado depois da intervenção, sabe-se que o caso de Francisca e Samuel teve desdobramentos significativos no CAPS II, onde permaneceram por algum tempo após a conclusão do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar. Segundo a coordenadora do serviço,

Samuel, usuário do serviço, apresentou melhora progressiva, culminando em sua alta, enquanto a mãe, por sua vez, demonstrou comprometimento com as resoluções construídas ao longo do processo. Tal experiência foi reconhecida não apenas como bem-sucedida, mas também como reveladora do potencial da escuta familiar para transformar dinâmicas relacionais e contribuir ao tratamento do usuário, a ponto de o pesquisador ser novamente procurado para receber novos encaminhamentos.

6.3 ÚLTIMAS ANÁLISES

Em ambos os casos, observa-se que os encontros possibilitaram o deslocamento progressivo da queixa individual para uma problemática relacional. As duplas atendidas, seja o casal, seja mãe e filho, apresentaram temas recorrentes, problemas vivenciados a dois, mas que remetem, sobretudo, a dificuldades no campo das individualidades. O que se destaca, então, é o modo como conflitos internos mal elaborados transtornam as relações e tornam-se ainda mais complexos quando não resolvidos. Desse modo, “O que acontece com um membro da família afeta todos os demais. Reciprocamente, o que ocorre com a família influencia necessariamente todos os membros” (Falceto, 2008). Nesse sentido, o Psicodiagnóstico Interventivo Familiar mostrou-se um dispositivo clínico capaz de favorecer a emergência de uma demanda compartilhada, uma vez que a avaliação e a intervenção foram acontecendo desde os primeiros encontros, lançando mão de mediadores expressivos que ampliaram as possibilidades de comunicação.

A leitura em conjunto dos atendimentos evidencia, como ponto comum central, a organização do sofrimento a partir da figura do paciente identificado, aquele que é colocado como fonte dos problemas do grupo. Em ambos os casos, o mal-estar do vínculo conjugal ou familiar é condensado em um único membro (Bárbara, no casal, e Samuel, na família). Em

razão disso, vê-se a pertinência de dispositivos de cuidado que se voltem aos vínculos, na medida em que “seus diversos modos de organização podem provocar um mal-estar ou sofrimento de diversa intensidade em um ou vários de seus integrantes” (Correa, 2002, p. 70). Como pontua Winnicott (1963/2022a), a saúde não diz respeito apenas ao indivíduo tomado isoladamente, mas à relação entre a pessoa e o ambiente em que vive, de modo que o bem-estar de um está intrinsecamente ligado ao do outro.

Um ponto importante de aproximação entre os dois casos diz respeito à presença dos segredos familiares e aos efeitos que produzem sobre os sujeitos. Tanto em Samuel quanto em Bárbara, há conteúdos ligados à filiação que permanecem silenciados e que organizam, de maneira significativa, o funcionamento do grupo familiar. No caso de Samuel, o segredo relacionado à adoção e à traição do pai atravessa a dinâmica familiar e contribui para a construção de um campo marcado por silêncios, apagamentos e dificuldades de simbolização. Em Bárbara, por sua vez, o segredo aparece de outra forma, mas com peso semelhante: ela guarda, junto à mãe, o fato de que a irmã mais nova não é filha do pai. Essa semelhança permite compreender que, nos dois casos, o segredo atua como um elemento nevralgico na organização do sofrimento e na definição do paciente identificado.

No que se pôde realizar por meio do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar, observou-se que conteúdos até então inacessíveis e mantidos sob silêncio encontraram condições de serem materializados, nomeados e, em certa medida, “desengasgados” (numa alusão ao caso de Francisca e Samuel). Esse movimento não se deu pela revelação abrupta dos segredos ou pela exposição forçada do íntimo, mas pela criação de um enquadre que autorizou a circulação gradual do que permanecia retido no vínculo, permitindo que afetos, histórias e posições subjetivas comesçassem a se reorganizar a partir dos recursos artístico-expressivos. É no espaço clínico, orientado pela Psicanálise, que

[...] o grupo familiar vai abrindo seus arquivos, tomado pelos mais variados sentimentos, nos quais o orgulho, a vergonha e o terror se presentificam constantemente. O somatório de acontecimentos familiares vai sendo revelado nas categorias de íntimo, privado e público, proporcionando-nos indícios de como estão construídas as redes vinculares da família ou do casal e revelando quem é quem na cena apresentada. (Tozatto, 2007, p. 90).

Também se percebe como a violência intrafamiliar se presentifica em ambos os casos, ainda que com diferentes nuances. No caso de Bárbara, inscrita em uma história marcada por negligência, agressões e sobrecarga emocional desde muito cedo, deixando marcas importantes em seu modo de se relacionar e de se perceber. Já no caso de Samuel, a violência, quando foi atacado fisicamente pela genitora, experiência que inaugura um percurso marcado por rupturas e dificuldades no desenvolvimento. Para além desse episódio explícito, a violência para com Samuel também se prolonga de maneira mais silenciosa, por meio do apagamento de sua voz, da confusão de lugares e da precariedade no exercício das funções parentais. Sobre isso, Correa (2000) diz que se o grupo falha em oferecer condições mínimas de cuidado, proteção e reconhecimento, pode tornar-se um espaço ameaçador à sobrevivência psíquica de seus membros.

Não obstante os reposicionamentos constatados nos usuários, os familiares que compareceram (Leonardo e Francisca), embora não tenham buscado diretamente o CAPS, puderam, ao longo do processo, participar de uma escuta que os instigou a olhar para si e, em certa medida, a formular algo do que estava em suspenso. Como se, a partir desse membro da família que é o usuário do serviço, pudessem operacionalizar um pedido de ajuda. Logo, para os participantes, esse processo como um todo pôde constituir um espaço de experimentação, funcionando como um prelúdio ao trabalho clínico (tanto no âmbito individual quanto coletivo). Ou, pelo menos provisoriamente, substituindo uma psicoterapia até que se permitam a ingressar

em uma futura.

Para o pesquisador, todo esse processo proporcionou o aprendizado fundamental de que as formas de compreender as relações humanas são múltiplas, e que o mapeamento do sofrimento psíquico, muitas vezes inconsciente ao sujeito e ao grupo, exige modulações na técnica convencional e a adoção de novos procedimentos de avaliação, tal como foi possível através do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar. Nesse sentido, os casos que foram relatados no decorrer desse trabalho reiteram o que a Psicologia constantemente nos ensina: não se sai o mesmo após o encontro com o outro. Apesar da brevidade desses encontros, acredita-se que ambos os casos houve a apreensão de muito material clínico de qualidade e profundidade, mesmo diante da interrupção de um deles.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da crescente visibilidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cultura contemporânea, os persistentes estigmas em torno da saúde mental ressaltam a urgência de pesquisas que coloquem em evidência as práticas realizadas nesses serviços. Inserida nessa realidade, esta dissertação investigou como o trabalho com as famílias pode ajudá-las a expressar suas demandas e promover o bem-estar individual e coletivo, por meio de uma intervenção breve como o Psicodiagnóstico Interventivo. Ressalta-se o papel desta técnica que possibilitou deslocar o lugar de “paciente-identificado”, imposto aos usuários pelos próprios familiares, de modo que os assuntos relativos às duplas pudessem circular e que todos pudessem se constituir como pacientes do processo.

O estudo revelou que, embora houvesse demandas compartilhadas, também foram percebidas questões individuais em todos os participantes. Em outros termos, o indivíduo adoecido é o indicador de um grupo também doente. Tais constatações foram possíveis pelo campo de diálogo que foi se estabelecendo mesmo num curto período de tempo, graças ao uso de diferentes recursos artístico-expressivos, como a linha da vida, o genograma, o espaçograma e o Arte-Diagnóstico Familiar (ADF). Essas ferramentas não-verbais permitiram uma forma mais adequada de comunicação, especialmente porque em ambos os casos a expressão verbal se mostrava limitada.

No que concerne aos prognósticos e encaminhamentos, destaca-se a mobilização subjetiva dos participantes, que passaram a articular suas queixas não apenas como experiências individuais, mas como expressões de uma realidade mais ampla. Embora a intervenção tenha ocorrido em tempo limitado, os indícios de uma demanda familiar compartilhada emergiram com clareza, apontando para a importância da continuidade do cuidado em modalidade grupal e, também, individual. Isso ressalta a premissa de que o tratamento em saúde mental deve

considerar os laços e os contextos nos quais o sujeito está inserido, conferindo protagonismo à participação familiar.

Com relação às possibilidades de disseminação das descobertas aqui apresentadas, impõe-se a tarefa de pensar os próximos passos para que o Psicodiagnóstico Interventivo Familiar passe a configurar-se como estratégia institucionalizada no CAPS em questão ou em outras realidades. Tal movimento demandaria, inicialmente, a sistematização do método em materiais orientativos que ultrapassem os limites da dissertação, contemplando diretrizes técnicas, indicações de enquadre, critérios de encaminhamento, entre outros. Esse material poderia fomentar a construção de estratégias concentradas de cuidado e mesmo subsidiar a elaboração de protocolos flexíveis, que preservem a singularidade dos casos sem perder de vista a necessidade de organização do serviço.

Não obstante, a implementação de tal prática poderá encontrar obstáculos concretos. A incorporação à rotina exigiria, portanto, investimento em formação continuada, pactuação coletiva da proposta no âmbito da equipe multiprofissional e inserção da metodologia nos fluxos já existentes do serviço, de modo que o Psicodiagnóstico Interventivo Familiar não se demonstre como uma prática acessória, mas como um recurso integrado ao projeto terapêutico singular dos usuários e suas famílias.

A despeito dessas considerações, pondera-se acerca das limitações e desafios que permearam o processo da pesquisa. Frisa-se a dificuldade inicial de localizar um campo que permitisse a periodicidade necessária dos encontros, o que justificou a alteração do local (do HC para o CAPS). Sublinha-se, em se tratando da perspectiva do pesquisador, as dificuldades inerentes de trabalhar com mais de um sujeito no contexto de atendimento, o que foi atenuado pelos recursos mediadores. Acerca desses últimos, via-se algumas resistências iniciais para com as produções, especialmente com a díade Francisca e Samuel. Esta díade, particularmente, com base nos resultados expostos, teria muito a se beneficiar da continuidade em atendimento

familiar. Entretanto, não manifestaram contato posterior para serem atendidos no projeto de extensão com esta finalidade, impossibilitando o conhecimento dos efeitos posteriores da intervenção.

Ressalta-se, também, a função do Psicodiagnóstico Interventivo no campo da Psicologia Clínica de oferecer encaminhamentos mais contundentes para o paciente/usuário, uma vez que este pode substituir uma terapia longa ou preparar o(s) sujeito(s) para ingressar em um processo psicoterapêutico efetivamente. Tendo em vista a pertinência desse tipo de avaliação, supõe-se que a aplicabilidade de tal metodologia em outros contextos e com outras populações poderá indicar sua relevância e eficácia na intervenção e compreensão de adultos, não apenas de forma individual, mas considerando suas relações (conjugais e familiares), o que ainda é pouco sistematizado na literatura acerca do tema. Dessa forma, espera-se que esta pesquisa possa colaborar para o arcabouço teórico-clínico que vem subsidiando as práticas do Psicodiagnóstico Interventivo orientado pela Psicanálise, especialmente no que tange às abordagens vinculares como se propôs pela via do Psicodiagnóstico Interventivo Familiar.

REFERÊNCIAS

- Ackerman, N. W. (1986). *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Alberti, S. (2004). História da psicologia no Brasil - origens nacionais. *Mnemosine*, 1(0), 149-155.
- Amaral, A. E. V., Luca, L., Rodrigues, T. de C., Leite, C. de A., Lopes, F. L., & Silva, M. A. da. (2012). Serviços de psicologia em clínicas-escola: Revisão de literatura. *Boletim de Psicologia*, 62(136), 37-52.
- Amarante, P. (Coord.). (1998). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed., rev. e ampl.). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413357>
- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Ancona-Lopez, M. (1984). Contexto geral do diagnóstico psicológico. In W. Trinca (Org.). *Diagnóstico Psicológico* (pp. 1-13), São Paulo, SP: EPU.
- Antunes, M. A. M. (2006). A consolidação da psicologia no Brasil (1930-1962): Sistematização de dados e algumas aproximações analíticas. *Psicologia da Educação*, (22), 79-94.
- Anzieu, D. (1978). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro, RJ: Campus.
- Araújo, J. R. dos S., & Sugizaki, E. (2024). The history of madness through the centuries: From Foucault to modernity. *Research, Society and Development*, 13(9), e12713947005. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i9.47005>
- Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições*. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Bado, P. P., Mezavilla, M. L., van Deursen, M., Cito, L., Bastos, L., Alves, A., ... Neufeld, C. B. (2025). Graduação em Psicologia no Brasil: Mapeamento nacional das matrizes curriculares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 45(spe1), e298124. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003298124>
- Barbieri, V. (2002). *A família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Barbieri, V. (2010). Psicodiagnóstico tradicional e interventivo: confronto de paradigmas? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 505–513. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300013>

- Barbieri, V., & Heck, V. S. (2017). O psicodiagnóstico interventivo: novos rumos da avaliação psicológica. In M. R. C. Lins & J. C. Borsa (Orgs.), *Avaliação psicológica: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 497-510). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Benghozi, P. (2010). *Malhagem, filiação e afiliação: Psicanálise dos vínculos* (E. D. Galery, Trad.). São Paulo, SP: Vetor.
- Bleger, J. (2001). *Temas de psicologia: entrevista e grupos* (2ª ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1980)
- Braier, E. A. (2000). *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica* (3ª ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Brasil. *Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962*. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Diário Oficial da União, 5 set. 1962. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/14119.htm
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre modalidades, organização e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Diário Oficial da União, Brasília, 19 fev. 2002. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental. (2004). *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (2013). *Cadernos de Atenção Básica, nº 34: Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. (2015). *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf
- Brasil. (2023). *Resolução CNE/CES nº 1, de 11 de outubro de 2023: Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia*. <https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/resolucoes/resolucoes-cne-ces-2023>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2025). *Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>

- Brettas, M. I. G. (1991). Crônica de um atendimento domiciliar a uma família psicótica. In J. Vilhena (Org.), *Escutando a família: uma abordagem psicanalítica* (pp. 165-176). Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará.
- Buck, J. N. (2003). *HTP: Casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: Manual e guia de interpretação*. São Paulo, SP: Vetor
- Bueno, J. M. H., & Peixoto, E. M. (2018). Avaliação psicológica no Brasil e no mundo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(spe), 108-121. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000208878>
- Bueno, A. P., & Filho, C. B. (2019). A arteterapia no atendimento psicológico: Revisão sistemática. *Disciplinarum Scientia | Saúde*, 20(2), 421-438. <https://doi.org/10.37777/2807>
- Campos, M. A., & Machado, R. N. (2018). Indicação de tratamento em psicoterapia de família: Relato de uma experiência clínica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 52(3), 181-196.
- Camuri, D., & Dimenstein, M.. (2010). Processos de trabalho em saúde: Práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 803-813. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400008>
- Caponi, S. (2012). *Loucos e degenerados: Uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz.
- Carnauba, L. C. O., Kaster, M. A., Sei, M. B., & Inácio, A. L. M. (2023). Psicodiagnóstico interventivo e dinâmica familiar: considerações a partir da clínica. *Diaphora*, 12(2), 73-78.
- Carvalho, C. H. A., Sei, M. B., & Machado, R. N. (2024). O espaço familiar na pandemia da covid-19: Retratos a partir do espaçograma. *Psicólogo InFormação*, 26(26), 5-22. <https://doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v26n26p5-22>
- Cavalleri, S. C. (2010). Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 51-57. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100009>
- Cavallini, F. de M. (2020). CAPS, ateliês e oficinas: artes no mundo, mundos na arte. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 40-45. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5671>
- Ciornai, S. (Org.). (2004). *Percursos em arteterapia: Arteterapia gestáltica, arte em psicoterapia, supervisão em terapia*. São Paulo, SP: Summus.
- Conselho Federal de Psicologia. (2022a). *Resolução CFP nº 23, de 13 de outubro de 2022: Institui condições para concessão e registro de psicóloga e psicólogo especialistas e reconhece as especialidades da Psicologia*. Diário Oficial da União em 21 de outubro de 2022). <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-23-2022-institui-condicoes-para-concessao-e-registro-de-psicologa-e-psicologo-especialistas-reconhece-as-especialidades-da-psicologia-e-revoga-as-resolucoes-cfp-no-13-de-14-de-setembro-de-2007-no-3-de-5-de-fevereiro-de-2016-no-18-de-5-de-setembro-de-2019>

- Conselho Federal de Psicologia. (2022b). *Quem faz a psicologia brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro: Formação e inserção no mundo do trabalho* (Vol. 1). CFP. <https://site.cfp.org.br/censopsi-2022-cfp-divulga-os-resultados-da-maior-pesquisa-sobre-o-exercicio-profissional-da-psicologia-brasileira/>
- Conselho Federal de Psicologia. (2022c). *Quem faz a psicologia brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro: Condições de trabalho, fazeres profissionais e engajamento social* (Vol. 2). CFP. <https://site.cfp.org.br/censopsi-2022-cfp-divulga-os-resultados-da-maior-pesquisa-sobre-o-exercicio-profissional-da-psicologia-brasileira/>
- Conselho Federal de Psicologia. (2022d). *Resolução nº 31, de 15 de dezembro de 2022*. CFP. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-31-2022-estabelece-diretrizes-para-a-realizacao-de-avaliacao-psicologica-no-exercicio-profissional-da-psicologa-e-do-psicologo-regulamenta-o-sistema-de-avaliacao-de-testes-psicologicos-satepsi-e-revoga-a-resolucao-cfp-no-09-2018>
- Conselho Federal de Psicologia. (2022e). *Cartilha avaliação psicológica* (3ª ed). CFP. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/08/cartilha_avaliacao_psicologica-2309.pdf
- Conselho Regional de Psicologia do Paraná. (2025). *“Do jeito que o CAPS gosta”: campanha combate estigmatização e ressignifica meme para o fortalecimento da RAPS*. CRP-PR. <https://crppr.org.br/do-jeito-que-o-caps-gosta-campanha/>
- Coqueiro, N. F., Vieira, F. R. R., & Freitas, M. M. C.. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paulista De Enfermagem*, 23(6), 859-862. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000600022>
- Correa (1994). Segredos de família. In Ramos, M. (Org.), *Casal e família como paciente* (pp. 51-68). São Paulo, SP: Editora Escuta.
- Correa, O. B. R. (1998). Aspectos da transferência e contratransferência na abordagem psicanalítica do grupo familiar e casal. In M. Ramos (Org.), *Terapia de casal e família: O lugar do terapeuta* (pp. 61-72). São Paulo, SP: Editora Brasiliense.
- Correa, O. B. R. (2000). *O legado familiar: A tecelagem grupal da transmissão psíquica*. Rio de Janeiro, RJ: Contra Capa Livraria.
- Correa, O. B. R. (Org.). (2002). *Vínculos e instituições: Uma escuta psicanalítica*. São Paulo, SP: Editora Escuta.
- Correa, O. B. R. (2007). O transgeracional na violência intrafamiliar. In *Grupo familiar e psicanálise: Ressonâncias clínicas* (pp. 53-67). São Paulo, SP: Vetor Editora.
- Costa, P. H. A. da ., Colugnati, F. A. B., & Ronzani, T. M.. (2015). Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3243-3253. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>

- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: Escolhendo entre cinco abordagens*. Porto Alegre, RS: Penso.
- Cypel, L. R. C. (2016). Psicanálise dos Vínculos de Família e Casal e a Subjetivação do Indivíduo nos Tempos Atuais. In R. B. Levisky, I. C. Gomes & M. I. A. Fernandes (Orgs.), *Diálogos psicanalíticos sobre família e casal* (pp. 65-76). São Paulo, SP: Escuta Ltda.
- Daher, A. C. B., Mantovanelli, M. L. O., Sei, M. B., & Victorio, K. C. (2018). Plantão psicológico a partir de uma escuta psicanalítica. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 38(2), 147-158. <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2017v38n2p147>
- Rosa, C. D. (2022). *A paternidade em Winnicott*. São Paulo, SP: DWW Editorial.
- Duarte, L. N., Augusto, P. A., & Portela, C. E. da S. (2025). A arteterapia no contexto da promoção à saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 8(18), e081943. <https://doi.org/10.55892/jrg.v8i18.1943>
- Eiguer, A. (2016). Os Vínculos Intersubjetivos na Família: Função da Identificação. In R. B. Levisky, I. C. Gomes & M. I. A. Fernandes (Orgs.), *Diálogos psicanalíticos sobre família e casal* (pp. 13-32). São Paulo, SP: Escuta Ltda.
- Engels, F. (2019). *A origem da família, da propriedade privada e do Estado: Em conexão com as pesquisas de Lewis H. Morgan* (1ª ed.). São Paulo, SP: Boitempo. (Original publicado em 1884)
- Falceto, O. G. (2008). Terapia de família. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (3ª ed., pp. 221–245). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Farinha, M. G., & Braga, T. B. M. (2018). Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(3), 366-378. <https://doi.org/10.18065/RAG.2018v24n3.11>
- Fernandes, F. F., Silva, E. A., & Bezerra, M. M. M. (2024). A Importância das Equipes Interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). ID on Line. *Revista de Psicologia*, 18(73), 396-411. <https://doi.org/10.14295/idonline.v18i73.4085>
- Figueirêdo, M. L. R., Delevati, D. M., & Tavares, M. G. (2014). Entre loucos e manicômios: História da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais - UNIT - ALAGOAS*, 2(2), 121-136.
- Foucault, M. (2019). *História da loucura: Na idade clássica* (Edição revista e ampliada). São Paulo, SP: Perspectiva. (Original publicado em 1961)
- Franco, R. S., & Sei, M. B. (2019). Segredo familiar e os recursos artístico-expressivos na psicoterapia familiar: Um estudo teórico-clínico. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(1), 282–296. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n1p297-311>

- Franco, R. S., & Sei, M. B. (2015). O uso do genograma na psicoterapia psicanalítica familiar. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(2), 399-414.
- Franco, R. S., Almeida, M. C. S., & Sei, M. B. (2016). Recursos artístico-expressivos na terapia familiar: um estudo teórico-clínico. *Revista de Psicologia da UNESP*, 15(1), 40-52.
- Frayze-Pereira, J. (1985). *O que é loucura*. São Paulo, SP: Abril.
- Freitas, L. H., & Jung, S. I. (2015). Psicoterapia de apoio de orientação analítica. In C. L. Eizirik, R. W. de Aguiar, & S. S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (3ª ed., pp. 419-434). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Freud, S. (2010). Caminhos da terapia psicanalítica (1919). In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 14, História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos"), além do princípio do prazer e outros textos [1917-1920], pp. 209-219). São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2015). *Arte, literatura e os artistas* (Obras incompletas de Sigmund Freud). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Freud, S. (2017). Sobre o início do tratamento (1913). In *Fundamentos da clínica psicanalítica* (Obras incompletas de Sigmund Freud) (pp. 121-150). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Freud, S. (2017). Construções em análise (1937). In *Fundamentos da clínica psicanalítica* (Obras incompletas de Sigmund Freud) (pp. 365-382). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Fulgencio, L. (2022). *Teorias psicanalíticas do desenvolvimento: Estudo histórico-crítico-comparativo*. São Paulo, SP: Blucher.
- Gianechini, S. S., & Sei, M. B. (2012). Arteterapia e terapia ocupacional no Brasil: Uma discussão sobre semelhanças e diferenças. In *Revista de Arteterapia da AATESP*, 3(1). Associação de Arteterapia do Estado de São Paulo (AATESP).
- Gioielli, C. A. (1998). Psicoterapia familiar: introdução ao tema. In M. Ramos (Org.), *Terapia de casal e família: O lugar do terapeuta* (pp. 11-16). São Paulo, SP: Editora Brasiliense.
- Guimarães, G., & Fantini, M. do N. A. (2014). Movimentos transferenciais no psicodiagnóstico interventivo. In S. A. Lopes (Ed.), *Psicodiagnóstico interventivo: Evolução de uma prática* (1ª ed.). São Paulo, SP: Cortez.
- Guimarães, D. A., Neder, J. M., Coelho, V. A. A., Pereira, L. S. M., & Gama, C. A. P. da .. (2025). Avanços e desafios na atenção em Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial: percepção de referências técnicas em Minas Gerais, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 29, e240500. <https://doi.org/10.1590/interface.240500>
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, SP: Perspectiva.
- Gomes, I. C. (2017). Panorama sobre a psicoterapia psicanalítica de casal e família no cenário nacional: pesquisa e clínica. In M. B. Sei & I. C. Gomes (Orgs.), *Formação, pesquisa e a clínica psicanalítica de casais e famílias* (pp. 9-19). Universidade Estadual de Londrina.

- Hegenberg, M. (2020). *Psicoterapia breve psicanalítica*. Belo Horizonte, MG: Artesã Editora.
- Herzberg, E. (1999). Efeitos psicoterapêuticos do processo psicodiagnóstico: Vivências do psicólogo em formação. *Anais do Congresso Nacional de Avaliação Psicológica*. Porto Alegre, 69-82.
- Hirdes, A.. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>
- Jacó-Vilela, A. M. (2012). História da Psicologia no Brasil: uma narrativa por meio de seu ensino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 28-43. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500004>
- Jesus, K. F. A. de, Tranquilli, A. G., Brito, A. S., Oliveira, M. V. B., & Nogueira, N. F. de O. (2021). A importância das reuniões de equipe multiprofissional em um CAPS III. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 2(4), 168. <https://doi.org/10.51161/rem/2933>
- Kaës, R. (1998). Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In A. Eiguer (Org.), *A transmissão do psiquismo entre gerações* (pp. 05-20). São Paulo, SP: Unimarco Editora.
- Kaës, R. (2002) O interesse pela psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição. In O. B. R. Correa (Org.), *Vínculos e instituições: Uma escuta psicanalítica* (pp. 11-32). São Paulo, SP: Escuta.
- Kwiatkowska, H. Y. (1971). Family art therapy and family art evaluation: Indication and contraindication. In I. Jakad (Ed.), *Psychiatry and art* (pp. 53-67). Basel, CH: Karger.
- Lacan, J. (1997). O seminário, Livro 19: *O saber do psicanalista*. Publicação não comercial para circulação interna. Recife, PE: Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Original publicado em 1971-72).
- Lima, G. V. (2020). *Família e saúde mental: O funcionamento da subjetividade no processo do cuidado*. Curitiba, PR: Appris Editora.
- Machado, R. N., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S.. (2008). Demanda clínica em psicoterapia de família: Arte-Diagnóstico Familiar como instrumento facilitador. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(41), 555-566. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300011>
- Machado, R. N., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2011). Entrevistas preliminares em psicoterapia de família: construção da demanda compartilhada. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(2), 669-699.
- Mandelbaum, B. (2010). *Psicanálise da família* (2ª ed). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Martins, P. P. S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2016). Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324216>

- Mazarina, I. (1998). Família: Instituição e intimidade. In Ramos, M. (Org.), *Terapia de casal e família: O lugar do terapeuta* (pp. 73-82). São Paulo, SP: Brasiliense.
- McDougall, J. (2013). *Teatros do corpo: O psicossoma em psicanálise* (P. H. B. Rondon, Trad.). São Paulo, SP: WMF Martins Fontes.
- Mendes, M. F., Lopes, V. B., & Lobo, A. P. A. (2016). Saúde mental e arte: relato de uma oficina de experiências estéticas em um centro de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 8(20), 69-79.
- Milani, R. G., Tomael, M. M., & Greinert, B. R. M. (2014). Psicodiagnóstico interventivo psicanalítico. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(1), 80-95. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2014v5n1p80>
- Mills, H. D. (2024). *Clínica psicanalítica de casais e famílias na Universidade Estadual de Londrina: Um manual*. Londrina, PR: Eduel.
- Mills, H. D., Oliveira, I. B., & Sei, M. B. (2024). Linha da vida: Aplicação na clínica psicanalítica de casal e família. *Revista Terra & Cultura*, 40, 1-16.
- Miranda, F. D., Pedroza, R. L. S., & Santos, J. F. (2025). Diretrizes curriculares e formação do psicólogo escolar: Um estudo crítico a partir da Resolução CNE/CES nº 1/2023. *Aracê*, 7(6), 31084-31097. <https://doi.org/10.56238/arev7n6-117>
- Motta, A. C., & Carvalho, W. M. E. S. (2015). Psicologia e políticas públicas em saúde: A psicologia no SUS - reconhecer potencialidades e aprimorar competências. In L. Polejack, A. M. A. Vaz, P. M. G. Gomes, & V. C. Wichrowski (Orgs.), *Psicologia e políticas públicas na saúde: Experiências, reflexões, interfaces e desafios* (pp. 77-95). Porto Alegre, RS: Rede Unida.
- Muniz, J. R., & Eisenstein, E. (2009). Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 72-79. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100010>
- Naffah Neto, A. (2006). A pesquisa psicanalítica. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 279-288.
- Nicoletti, M. A. Q. (2016). Processos de intersubjetivação na adolescência: O papel da família. In R. B. Levisky, I. C. Gomes & M. I. A. Fernandes (Orgs.), *Diálogos psicanalíticos sobre família e casal* (pp. 77-92). São Paulo, SP: Escuta Ltda.
- Nobre, T. (2019). A técnica da construção da “linha do tempo” como instrumento para anamnese em psicoterapia psicanalítica. *Revista Augustus*, 24(47), 92-113.
- Nussbaum, S. (2016). Intervenções na Clínica Vincular Atual. In R. B. Levisky, I. C. Gomes & M. I. A. Fernandes (Orgs.), *Diálogos psicanalíticos sobre família e casal* (pp. 119-136). São Paulo, SP: Escuta Ltda.
- Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G., & Piccolo, E. G. (1986). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (M. Felzenszwalb, Trad.) São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1979)

- Oliveira, I. B. (2022). *Psicose na situação clínica: teoria e condução do tratamento em um caso de esquizofrenia*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Bacharelado em Psicologia, Centro Universitário Filadélfia (UniFil), Londrina.
- Oliveira, I. B., & Sei, M. B. (2024). *Intervenções com famílias no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): um levantamento da literatura*. In Anais do I Encontro Interinstitucional dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia: UEL, UEM e UNESP - diálogos e perspectivas (p. 42). Londrina, PR: Universidade Estadual de Londrina.
- Oliveira, I. B., Pierangeli, H. M. R., & Sei, M. B. (2025). A família e o manejo no atendimento de adultos em CAPS: Uma perspectiva winnicottiana. In B. F. Emerich & S. Yasui (Orgs.), *Diálogos da psicologia na Rede de Atenção Psicossocial: teoria, prática e desafios contemporâneos* (pp. 245-260). São Paulo, SP: Hucitec.
- Philippini, A. (2009). *Linguagens, materiais expressivos em arteterapia: Uso, indicações e propriedades*. Rio de Janeiro, RJ: Wak Editora.
- Pimentel, F. G., Buchweitz, C., Campos, R. T. O., Hallal, P. C., Massuda, A., & Kieling, C. (2023). Realising the future: Health challenges and achievements in Brazil. *SSM - Mental Health*, 4, Article 100250. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100250>
- Pinto, E. B. (2004). A pesquisa qualitativa em Psicologia Clínica. *Psicologia USP*, 15(1-2), 71-80. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642004000100012>
- Prado, M. C. C. A. (1991). Destino e mito familiar. In J. Vilhena, J. (Org.), *Escutando a família: Uma abordagem psicanalítica* (pp. 81-92). Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará.
- Prado, M. C. C. A. (1999). *Destino e mito familiar: Uma questão na família psicótica*. São Paulo, SP: Vetor.
- Racamier, P. C. (1991). Perversão narcísica na família do psicótico. In Vilhena, J. (Org.), *Escutando a família: Uma abordagem psicanalítica* (pp. 45-58). Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará.
- Ramos, M. (Org.). (1998). *Terapia de casal e família: O lugar do terapeuta*. São Paulo, SP: Brasiliense.
- Ramos, M. (2006). *Introdução à terapia familiar*. São Paulo, SP: Claridade.
- Ramos, M. (2016). Sobre o Enquadre com Casais e Famílias. In R. B. Levisky, I. C. Gomes & M. I. A. Fernandes (Orgs.), *Diálogos psicanalíticos sobre família e casal* (pp. 151-162). São Paulo, SP: Escuta Ltda.
- Reis, A. C. dos. (2014). Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(1), 142-157. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100011>
- Rosa, L. C. S. (2009). Provimento de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: A questão de gênero em evidência. In E. M. Vasconcelos (Org.), *Abordagens psicossociais:*

- Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares* (Vol. 2, Perspectivas para o Serviço Social, pp. 183-205). São Paulo, SP: Aderaldo & Rothschild.
- Rosa, H. R., Tardivo, L. S. D. L. P. C., Pinto Junior, A. A., Silva, M. A. da, & Avoglia, H. R. C. (2020). Interfaces entre a avaliação psicológica e a clínica psicanalítica. *Mudanças*, 28(1), 27-33.
- Rossi, A. F. de., Paula, B. A. de., Israel, F. M., & Camargos, M. A. de. (2023). A tessitura da construção coletiva de indicadores de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, 47(137), 333-345. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313723>
- Roudinesco, É., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Salles, R. J., & Tardivo, L. S. L. P. C. (2017). Contribuições do pensamento de Winnicott para teoria e prática do psicodiagnóstico psicanalítico. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 37(93), 282-310.
- Sanches, M. G. M., & Sei, M. B. (2020). O espaçograma como recurso facilitador na compreensão da dinâmica familiar incestuosa: Estudo de casos. In Carvalhaes, F. F., Sei, M. B., & Silva, R. B. (Eds.), *Pesquisa em Psicologia: traçados iniciais* (pp. 79-99). Universidade Estadual de Londrina.
- Santos, M. J. Z., & Gomes, I. C. (2018). O uso do genograma como recurso expressivo e objeto mediador em grupo de crianças e adolescentes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 39(2), 197-212. <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2018v39n2p197>
- Santos, C. C. dos., Santos, D. V. D. dos., Dias, M. K., Carpinelli, L. P., Gonçalo, S. L., & Stefanello, S. (2025). Os desafios da atenção psicossocial regionalizada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 29, e240486. <https://doi.org/10.1590/interface.240486>
- Sei, M. B. (2010). A formação em Arteterapia no Brasil: contextualização. In A formação em Arteterapia no Brasil: contextualização e desafios. Textos do III Fórum Paulista de Arteterapia (pp. 7-29). Associação de Arteterapia do Estado de São Paulo.
- Sei, M. B. (2011). *Arteterapia e psicanálise* (1ª ed.). São Paulo, SP: Zagodoni.
- Sei, M. B., & Zanetti, S. A. S. (2017) A psicoterapia psicanalítica de casal e família na Universidade de Londrina. In M. Y. Okamoto & T. S. Emidio (Orgs.), *Perspectivas psicanalíticas atuais para o trabalho com grupos e famílias na Universidade* (36-47). São Paulo, SP: Cultura Acadêmica.
- Sei, M. B., & Santiago, E. (2019). A família na história das políticas de atenção em saúde mental: um estudo documental. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(3, Supl. 1), 04-23. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n3suplp04>
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(4), 501-510. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400010>

- Simões, M. A. B. (2011). *Os mediadores artístico-expressivos na promoção da interação social: Uma intervenção com quatro crianças com perturbações do espectro do autismo* (Dissertação de Mestrado). Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora, Évora.
- Simon, R. (2019). *Escritos psicanalíticos* (Vol. 1). São Paulo, SP: Zagodoni.
- Sousa, J. M., Lucchese, R., Farinha, M. G., Moraes, D. X., Silva, N. dos S., & Esperidião, E. (2023). Group interventions in psychosocial care centers for alcohol and drugs: challenges of care practice. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 32, e20220180. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0180en>
- Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento*, 26(54), 207-215.
- Souza, B. M., & Sei, M. B. (2014). A localização da queixa familiar em um paciente identificado. *Revista Conexão UEPG*, 10(1), 102-111.
- Souza-Filho, J. A. de. (2023). Notas sobre a formação do psicólogo escolar/educacional: Revisão sistemática de 2009-2019. *Psicologia Escolar e Educacional*, 27, e243249. <https://doi.org/10.1590/2175-35392023-243249>
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2022). O processo do psicodiagnóstico psicanalítico: o saber e o fazer do psicólogo clínico. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 42(103), 111-123. <https://doi.org/10.5935/2176-3038.20220012>
- Tavares, C. M. de M. (2003). O papel da arte nos centros de atenção psicossocial - CAPS. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 56(1), 35-39. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100007>
- Tozatto, M. I. S. (2007). Um grupo familiar em tempos de terror: O território da intermediação nos vínculos familiares e na clínica vincular. In O. B. R. Correa (Org.), *Grupo familiar e psicanálise: Ressonâncias clínicas* (pp. 69-92). São Paulo, SP: Vetor Editora.
- Trinca, W. (Org.). (2020). *Formas lúdicas de investigação em psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias*. São Paulo, SP: Vetor Editora.
- Valladares-Torres, A. C. A., & Santiago, E. C. de L. (2020). Arteterapia com grupo de mulheres em sofrimento mental relacionado ao uso abusivo de substâncias psicoativas. In F. C. Barbosa (Org.), *Ciências da saúde: Uma abordagem pluralista* (pp. 122-147). Piracanjuba, GO: Editora Conhecimento Livre.
- Vilhena, J. (1991). Mito e fantasia - Conjunções e disjunções no grupo familiar. In *Escutando a família: uma abordagem psicanalítica* (pp. 93-99). Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará.
- Villemor-Amaral, A. E. (2005). *As pirâmides coloridas de Pfister*. São Paulo, SP: CETEPP - Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

- Wechsler, S. M., Hutz, C. S., & Primi, R. (2019). O desenvolvimento da avaliação psicológica no Brasil: Avanços históricos e desafios. *Avaliação Psicológica*, 18(2), 121-128. <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1802.15466.02>
- Winnicott, D. W. (2020). A mãe dedicada comum. In *Bebês e suas mães* (B. Longhi, Trad., pp. 17-28). São Paulo, SP: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1966)
- Winnicott, D. W. (2021). O conceito de indivíduo saudável. In *Tudo começa em casa* (pp. 21-42). São Paulo, SP: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1967)
- Winnicott, D. W. (2022). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador* (pp. 104'-117). São Paulo, SP: Ubu Editora; WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (2022). Dependência no cuidado do bebê, no cuidado da criança e no setting psicanalítico. In *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador* (pp. 321-334). São Paulo, SP: Ubu Editora; WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1962)
- Winnicott, D. W. (2023a). O primeiro ano de vida: Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In *Família e desenvolvimento individual* (pp. 13-34). São Paulo, SP: Ubu Editora; WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958)
- Winnicott, D. W. (2023a). Fatores de integração e desintegração na vida familiar. In *Família e desenvolvimento individual* (pp. 78-94). São Paulo, SP: Ubu Editora; WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957)
- Winnicott, D. W. (2023a). A família afetada pela doença depressiva em um ou ambos os pais. In *Família e desenvolvimento individual* (pp. 95-112). São Paulo, SP: Ubu Editora; WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958)
- Winnicott, D. W. (2023a). Os efeitos da psicose parental sobre o desenvolvimento emocional da criança. In *Família e desenvolvimento individual* (pp. 126-141). São Paulo, SP: Ubu Editora; WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1959a)
- Winnicott, D. W. (2023a) Atendimento de caso com crianças mentalmente perturbadas. In *Família e desenvolvimento individual* (pp. 198-216). São Paulo, SP: Ubu Editora; WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1959b).
- Winnicott, D. W. (2023a). Os efeitos da psicose sobre a vida familiar. In *Família e desenvolvimento individual* (pp. 113-125). São Paulo, SP: Ubu Editora; WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D. W. (2023b). Falando com pais e mães (H. R. Candiani, Trad.; 1ª ed.). São Paulo, SP: Ubu Editora; WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993)
- Winnicott, D. W. (2023c). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. São Paulo, SP: Ubu Editora; WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1971)

Winnicott, D. W. (2024). Diferentes tipos de material psicoterápico. In *Natureza Humana*, (pp. 130-137. São Paulo, SP: Ubu Editora; WMF Martins Fonte. (Trabalho original publicado em 1990)

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão para o usuário)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Entrevistas iniciais com famílias de usuários do CAPS: um estudo qualitativo”

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Entrevistas iniciais com famílias de usuários do CAPS: um estudo qualitativo”**, que acontecerá no CAPS de Rolândia/PR, junto ao qual você está vinculado(a).

Sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Suas informações serão utilizadas somente para os fins desta e de futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Sua participação na pesquisa ocorrerá num período estimado de dois meses, totalizando oito encontros de aproximadamente uma hora cada. Haverá uma entrevista semidirigida e aplicação dos seguintes instrumentos: linha da vida, genograma, espaçograma e arte-diagnóstico familiar. Todos esses encontros contarão com a presença de seus familiares que também consentirem em participar.

Você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação e é garantido que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Desta forma, os custos com o deslocamento ao CAPS para as finalidades da pesquisa serão ressarcidos pelo pesquisador responsável. Os benefícios esperados da pesquisa são o fortalecimento dos vínculos e da comunicação familiar, o aprimoramento das intervenções terapêuticas realizadas no contexto institucional. Portanto, seu consentimento de participação poderá fornecer benefícios importantes para o avanço no campo das ciências em Psicologia, principalmente no que se refere à formação clínica para as intervenções familiares em instituições de saúde.

Por se tratar de uma pesquisa de intervenção com seres humanos poderá haver riscos de ordem psicológica e comportamental e estes estão relacionados principalmente ao fato de o senhor(a) sentir algum desconforto ou constrangimento decorrente das questões levantadas pelo entrevistador. Neste caso, a entrevista ou a aplicação dos instrumentos poderão ser interrompidas, com sua participação podendo ser encerrada e o consentimento retirado. Se houver um mal-estar, o participante será encaminhado para atendimento psicológico, que será realizado pelo pesquisador responsável. Os resultados do estudo serão divulgados para os participantes da pesquisa e à instituição na qual a pesquisa foi realizada.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Ian Bandeira de Oliveira (CRP 08/37712), Consultório particular: Rua Parí, 1122 (sétimo andar, sala 74), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa

Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Londrina, ____ de ____ de 202__.

Ian Bandeira de Oliveira
CRP 08/37712

(NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão para os familiares)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Entrevistas iniciais com famílias de usuários do CAPS: um estudo qualitativo”

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Entrevistas iniciais com famílias de usuários do CAPS: um estudo qualitativo”**, que acontecerá no CAPS de Rolândia/PR, junto ao qual um membro de sua família está vinculado.

Sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Suas informações serão utilizadas somente para os fins desta e de futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Sua participação na pesquisa ocorrerá num período estimado de dois meses, totalizando oito encontros de aproximadamente uma hora cada. Haverá uma entrevista semidirigida e aplicação dos seguintes instrumentos: linha da vida, genograma, espaço-grama e arte-diagnóstico familiar. Todos esses encontros contarão com a presença de seus familiares que também consentirem em participar.

Você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação e é garantido que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Desta forma, os custos com o deslocamento ao CAPS para as finalidades da pesquisa serão ressarcidos pelo pesquisador responsável. Os benefícios esperados da pesquisa são o fortalecimento dos vínculos e da comunicação familiar, o aprimoramento das intervenções terapêuticas realizadas no contexto institucional. Portanto, seu consentimento de participação poderá fornecer benefícios importantes para o avanço no campo das ciências em Psicologia, principalmente no que se refere à formação clínica para as intervenções familiares em instituições de saúde.

Por se tratar de uma pesquisa de intervenção com seres humanos poderá haver riscos de ordem psicológica e comportamental e estes estão relacionados principalmente ao fato de o senhor(a) sentir algum desconforto ou constrangimento decorrente das questões levantadas pelo entrevistador. Neste caso, a entrevista ou a aplicação dos instrumentos poderão ser interrompidas, com sua participação podendo ser encerrada e o consentimento retirado. Se houver um mal-estar, o participante será encaminhado para atendimento psicológico, que será realizado pelo pesquisador responsável. Os resultados do estudo serão divulgados para os participantes da pesquisa e à instituição na qual a pesquisa foi realizada.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Ian Bandeira de Oliveira (CRP 08/37712), Consultório particular: Rua Pará, 1122 (sétimo andar, sala 74), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa

Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Londrina, ____ de ____ de 202__.

Ian Bandeira de Oliveira
CRP 08/37712

____ (NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.
Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____
Data: _____

APÊNDICE C

Roteiro de perguntas da entrevista semidirigida

- 1 - Pode me contar um pouco sobre sua família?
- 2 - Como descreveria a dinâmica familiar?
- 3 - Como foi o processo de encaminhamento e o início do atendimento no CAPS?
- 4 - De que forma o tratamento no CAPS influenciou a rotina familiar?
- 5 - Quais mudanças vocês perceberam no comportamento ou na saúde do(a) (nome do usuário) desde que começaram a frequentar o CAPS?
- 6 - Como a família participa do processo de tratamento do(a) (nome do usuário)?
- 7 - Quais foram os maiores desafios que vocês enfrentaram como família durante o tratamento?
- 8 - O que pensam sobre o tratamento individual do usuário e dessa intervenção em conjunto?
- 9 - Como vocês avaliam o impacto do tratamento do(a) [nome do usuário] na saúde mental e física de outros membros da família?
- 10 - Alguém da família procurou ou está procurando atendimento psicológico?
- 11 - Quais são as expectativas em relação ao acompanhamento no CAPS?

APÊNDICE D

Termo de Confidencialidade e Sigilo

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, **Ian Bandeira de Oliveira, brasileiro, solteiro, psicólogo**, inscrito no CPF sob o nº _____, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa de mestrado em psicologia da UEL intitulado "**Entrevistas iniciais com famílias de usuários do CAPS: um estudo qualitativo**", a que tiver acesso nas dependências do **CAPS de Rolândia/PR**.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a:

1. não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;
4. não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa, ou associada à Avaliação de seus dados, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com o desenvolvimento da pesquisa.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, a dados pessoais, informação relativa a operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de que sanções judiciais poderão advir.

Londrina, 10 de agosto de 2024.

 Documento assinado digitalmente
IAN BANDEIRA DE OLIVEIRA
CNPJ: 16.041.2024 17-1029-0100
Assinatura em texto simples: /s/ianbdr 16.gov.br

Ian Bandeira de Oliveira

ANEXOS

ANEXO A

Carta de viabilidade de absorção de demanda para psicoterapia familiar

Londrina, 09 de agosto de 2024.

Eu, Maira Bonafé Sei, coordenadora do Projeto de Extensão 2769 "A Clínica Psicanalítica de Casal e Família na Clínica Psicológica da UEL – Fase 2", informo que os participantes do projeto de pesquisa "**Entrevistas iniciais com famílias de usuários do CAPS: um estudo qualitativo**", realizado pelo psicólogo Ian Bandeira de Oliveira, que precisarem de atendimento psicológico em decorrência da participação no estudo em questão serão atendidas por meio do referido projeto de extensão.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Maira Bonafé Sei