

VOLUME 1

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS:

HISTÓRIAS, VIOLÊNCIAS
E REDES DE CUIDADO
NA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA



ORGANIZADORA

Silvia Aparecida Fornazari



UEL

UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE
LONDRINA

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS:

**HISTÓRIAS, VIOLÊNCIAS E REDES DE CUIDADO NA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA**

Volume 1

Organização: Silvia Aparecida Fornazari

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Análise do comportamento e transtornos
psiquiátricos [livro eletrônico] : histórias,
violências e redes de cuidado na infância e
adolescência / organizadora Silvia Aparecida
Fornazari. -- Londrina, PR : Ed. dos Autores,
2026.

PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-02-18747-0

1. Comportamento humano - Análise 2. Crianças
e adolescentes - Assistência social 3. Crianças e
adolescentes 4. Crianças e adolescentes - Vítimas
de violência 5. Histórias de vidas 6. Psiquiatria
infantil 7. Proteção à infância e adolescência
8. Trauma psíquico I. Fornazari, Silvia Aparecida.

CDD-618.9289

26-371431.0

NLM-WS-350

Índices para catálogo sistemático:

1. Psiquiatria infantil : Pediatria 618.9289

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

A cada ser humano que passou pelo projeto e compartilhou anos de muita vida: famílias, graduandos, pós-graduandos, residentes, colaboradores externos e profissionais.

ORGANIZADORA

Silvia Aparecida Fornazari

Psicóloga pela Universidade Estadual Paulista – Campus Bauru, CRP 08/16773. Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), doutora em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista (UNESP – Araraquara) e pós-doutora pela Universidade Estadual Paulista (UNESP – Bauru). Atua como docente no Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Centro de Ciências Biológicas, Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR. Atualmente desenvolve estudos e atividades em Psicoterapia Analítico-Comportamental e Transtornos Psiquiátricos. E-mail: silfornazari@uel.br.

SUMÁRIO

Algumas palavras iniciais	16
Apresentação	18
Capítulo 1 – Entre extensão universitária, psicoterapia e cuidado: um programa de Psicologia Comportamental para crianças, adolescentes e famílias	21
Silvia Aparecida Fornazari, Bernardo Magalhães Raizer, Lorena Caroline Mariano Constanski, Maria Eduarda Ferreira Barros, Murilo Lecce Regiani, Isadora de Castro Pereira e Pedro Henrique Silva Santos.	
Capítulo 2 – Entre sintomas, histórias e contextos: Psicologia e Psiquiatria em diálogo	47
Daniela Monteiro da Silva, Gustavo Foz Fonseca, Gabriela Gonçalves Tassi, Giulia Gabriela Alves Ramos, Luísa Manfredin Vila e Silvia Aparecida Fornazari.	
Capítulo 3 – Entre violências, histórias e sofrimento: transtornos psiquiátricos na infância e adolescência	61
Silvia Aparecida Fornazari, Ana Clara Dal Bem Busetto, Rodrigo Camargo da Cruz e Isadora de Castro Pereira.	
Capítulo 4 – Entre escutas, direitos e proteção: Psicologia e Direito no enfrentamento à violência contra a mulher	91
Marianne Vieira Fernandes Kudo, Renata Possobom Molina, Claudete Carvalho Canezin e Silvia Aparecida Fornazari.	
Capítulo 5 – Entre clínica, território e cuidado: Psicologia, Psiquiatria e RAPS na atenção a crianças e adolescentes	107
Rodrigo Camargo da Cruz e Silvia Aparecida Fornazari.	
Capítulo 6 – Caso Isabela: violência, cuidado e revitimização na infância	122
Heloisa Helena Batista Haggi, Livia Doro, Juliana Paes Felix Salviatto e Silvia Aparecida Fornazari.	
Capítulo 7 – Caso Vanessa: afeto, controle e violência em relações de cuidado	147
Heloisa Helena Batista Haggi, Maria Elena Flumignan Garcia e Silvia Aparecida Fornazari.	
Capítulo 8 – Considerações finais	163
Silvia Aparecida Fornazari.	

MINICURRÍCULO DOS AUTORES

Ana Clara Dal Bem Busetto

Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), CRP 08/42848, mestranda em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina. Atua como psicóloga clínica e desenvolve pesquisas sobre violência doméstica e Análise do Comportamento.

Bernardo Magalhães Raizer

Psicólogo pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, CRP 08/47756. Atua como psicólogo clínico em Londrina.

Claudete Carvalho Canezin

Advogada, OAB/PR 14981. Doutora em Estudos da Linguagem em Violência Doméstica, mestre em Direito de Família e especialista em Direito Civil. Coordenadora dos Programas Estratégicos de Acesso à Justiça NEDDIJ, NUMAPE e NUAVIDEM. Docente do Departamento de Direito Privado, lotada no EAAJ/UEL – NPJ Curricular da UEL.

Daniela Monteiro da Silva

Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, CRP 08/42636. Atualmente atua como psicóloga clínica em clínica particular.

Gabriela Gonçalves Tassi

Médica pela Universidade de Araraquara (UNIARA) e psiquiatra pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). CRM-PR 46.668, RQE 36.087. Atualmente é psiquiatra em clínica particular.

Giulia Gabriela Alves Ramos

Médica pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) e psiquiatra pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). CRM-PR 47.671, RQE 36.166. Atualmente é psiquiatra no serviço público.

Gustavo Foz Fonseca

Psicólogo pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, CRP 08/39908. Especialista em Análise Comportamental Clínica pela PUC-PR e mestrando no Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. Atualmente atua como psicólogo clínico em clínica particular.

Heloisa Helena Batista Haggi

Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), CRP 08/34285. Especialista em Terapias Contextuais com ênfase em ACT e FAP pelo Instituto Continuum, Londrina, PR, e com formação em Terapia de Casais pelo Atitude Cursos, Brasília, DF. É sócia da Casa Compasso – Clínica de Psicologia, em Londrina, PR, onde atua como psicóloga clínica no atendimento de adultos e casais.

Isadora de Castro Pereira

Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, CRP 08/46886. Atua como psicóloga clínica e supervisora de profissionais especializados de suporte escolar na cidade de Londrina, Paraná.

Juliana Paes Felix Salviatto

Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), CRP 08/30955. Especialista em Logoterapia e Análise Existencial pela Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo (FAMEESP), com formação em Psicoterapias Positivas pelo Núcleo de Psicologia Positiva (NPP) e em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) pelo Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento (IBAC). Atua como psicóloga clínica no atendimento de adultos.

Livia Doro

Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), CRP 06/159282. Especialista em Terapia Analítico-Comportamental pelo Centro Universitário Filadélfia (Unifil), com formação em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) pelo Instituto Continuum, em Terapia Comportamental Dialética (DBT) pelo Núcleo de Psicologia e Ciências do Comportamento (ELLO) e em Mindfulness pelo Child Behavior Institute of Miami (CBI of Miami). Atua como psicóloga clínica, com abordagem comportamental, no atendimento de adolescentes e adultos.

Lorena Caroline Mariano Constanski

Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, CRP 08/37520. Especialista em Neuropsicologia pelo Instituto Sapiens. Atua como psicóloga clínica de adultos em Londrina, Paraná.

Luísa Manfredin Vila

Médica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), campus Cascavel, e psiquiatra pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). CRM-PR 48.768, RQE 36.110. Atualmente é psiquiatra em clínica particular.

Maria Eduarda Ferreira Barros

Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, CRP 08/45689. Pós-graduanda e residente em Gestão Pública pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, pós-graduanda em Psicologia Política pela Universidade de São Paulo e pós-graduanda em Psicologia Forense pela Escola Mineira de Humanidades. Atua como psicóloga no Centro de Referência de Assistência Social em Santa Amélia, PR.

Maria Elena Flumignan Garcia

Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), CRP 08/37164. Especialista em Análise Comportamental Clínica pelo Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, Brasília, DF. Atua como psicóloga clínica no atendimento de adolescentes e adultos.

Marianne Vieira Fernandes Kudo

Psicóloga, CRP 08/44963. Atua como psicóloga bolsista no projeto de extensão NUAVIDEM pela Universidade Estadual de Londrina e como psicóloga clínica. Atualmente desenvolve estudos e atividades sobre violência doméstica contra a mulher.

Murilo Lecce Regiani

Psicólogo pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, CRP 08/45479. Mestrando em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina. Atualmente desenvolve estudos sobre Linguagem, Política e Comportamento.

Pedro Henrique Silva Santos

Graduando em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR. Atua como bolsista no Projeto de Extensão Psicologia Clínica Comportamental para Famílias com Crianças e Adolescentes em Tratamento Psiquiátrico (2026).

Renata Possobom Molina

Advogada, OAB/PR 115829, pós-graduada em Criminologia. Atua como advogada bolsista no projeto de extensão NUAVIDEM pela Universidade Estadual de Londrina. Atualmente desenvolve estudos e atividades sobre violência doméstica contra a mulher.

Rodrigo Camargo da Cruz

Advogado, OAB/PR nº 78.995, mestre em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina e discente em Psicologia pela Unopar Londrina.

Silvia Aparecida Fornazari

Psicóloga pela Universidade Estadual Paulista – Campus Bauru, CRP 08/16773. Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), doutora em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista (UNESP – Araraquara) e pós-doutora pela Universidade Estadual Paulista (UNESP – Bauru). Atua como docente no Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Centro de Ciências Biológicas, Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR. Atualmente desenvolve estudos e atividades em Psicoterapia Analítico-Comportamental e Transtornos Psiquiátricos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, às crianças, adolescentes e cuidadores que confiaram em nosso trabalho, trazendo suas dores, suas histórias e a esperança de um viver mais colorido.

Agradeço aos colaboradores do programa de extensão, especialmente aos estudantes do 4º e 5º anos do curso de Psicologia, que passaram pelo projeto ao longo dos anos, bem como àqueles que, neste momento, seguem trabalhando para atender a população acompanhada pelo programa.

Agradeço aos colaboradores externos, em sua maioria estudantes que passaram pelo projeto e que, após formados, retornaram e continuam contribuindo com o programa, seja nos atendimentos, nas supervisões, nas discussões clínicas ou na escrita destes livros.

Agradeço aos residentes em Psiquiatria que participaram dessa trajetória e aos que seguem atuando conosco. Agradeço, especialmente, ao Dr. Diego Cavicchioli, pelas discussões clínicas, pela parceria e pelo trabalho compartilhado ao longo de tantos anos.

Agradeço aos docentes que estiveram comigo em períodos específicos dessa caminhada: Profa. Dra. Josy Moriyama, Profa. Dra. Lucilla Camargo Simões, Prof. Dr. Leandro Fazzano e Prof. Dr. Wagner Rogério da Silva.

Agradeço ao Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento (PGAC), Centro de Ciências Biológicas (CCB) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) pela licença sabática, que possibilitou a pausa necessária para transformar o projeto destes livros em realidade.

Agradeço à Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e Sociedade (PROEX) da Universidade Estadual de Londrina e à Fundação Araucária pelas bolsas concedidas aos estudantes ao longo dos anos, permitindo maior dedicação ao programa, aos atendimentos e à organização da documentação necessária para a produção e divulgação do conhecimento construído nesse percurso.

Agradeço ao meu filho, Rafael, e ao meu marido, Wagner, por estarem sempre comigo e por apoiarem a realização dos meus sonhos.

Agradeço à minha família, especialmente à minha irmã Lucia, por ser inspiração e por me ensinar a sobreviver, mesmo na dor.

Agradeço às minhas amigas Denise, Patrícia e Lair, pelas conversas, pela presença e por tornarem meu viver mais feliz.

Agradeço ao Booklovers, meu clube do livro, criado pelas amigas mais que queridas Mariana e Gabriela, que, por um lado, inspira meu trabalho e meu cuidado com o outro por meio da literatura e da discussão das vivências dos personagens, e, por outro, é acalanto para a alma e alegria para o coração. Sororidade na veia.

Agradeço ao Sagrado, que me dá forças para viver, trabalhar e permanecer em movimento diante de um contexto social marcado por violências, lutas e tantas necessidades de cuidado.

Sinceramente, obrigada!

Silvia Aparecida Fornazari da Silva ou apenas, “Forna”

EQUIPE

A seguir, apresenta-se a lista de profissionais, docentes, estudantes de graduação e pós-graduação, residentes em Psiquiatria e colaboradores externos que contribuíram com o programa de extensão ao longo dos anos.

Algumas pessoas aparecem em mais de uma categoria, especialmente estudantes que participaram do projeto durante a graduação e, após formadas, retornaram voluntariamente como colaboradoras externas. Os nomes foram registrados de acordo com a forma de contribuição ao programa em cada período, sem considerar o tempo de permanência ou a situação profissional atual.

Assim, pessoas aqui registradas como estudantes de graduação podem ter contribuído há vários anos e, atualmente, serem profissionais já estabelecidas. De qualquer modo, todas as pessoas listadas foram fundamentais para a realização do trabalho, para a continuidade do programa e para que estes livros pudessem sair do sonho e se tornar realidade.

DOCENTES

Equipe de docentes que integrava o projeto quando ainda era coordenado pela Prof. Dra. Renata Grossi - 2008 (e antes).

Profa. Dra. Cynthia Borges de Moura
 Profa. Dra. Josy de Souza Moriyama
 Prof. Dr. Leandro Herkert Fazzano
 Profa. Dra. Maria Rita Zoega Soares
 Profa. Dra. Mariana de Toledo Chagas
 Profa. Dra. Renata Grossi
 Profa. Dra. Sandra Odebrecht Vargas Nunes
 Profa. Dra. Silvia Aparecida Fornazari

Profa. Dra. Josy de Souza Moriyama
 Prof. Dr. Leandro Herkert Fazzano
 Profa. Dra. Lucilla Maria Moreira Camargo Simões
 Profa. Dra. Maria Rita Zoega Soares
 Profa. Dra. Magda Solange Vanzo Pestun
 Prof. Dr. Wagner Rogerio da Silva

Equipe sob coordenação da Profa. Dra. Silvia Aparecida Fornazari, a partir de 2011

PSICOLOGIA

Profa. Dra. Silvia Aparecida Fornazari da Silva

PSIQUIATRIA

Prof. Dr. Diego Augusto Nesi Cavicchioli
 Profa. Dra. Sandra Odebrecht Vargas Nunes

COLABORADORES GRADUANDOS

Aline Gabriela da Silva
 Aline Paula Rocha
 Amanda Lottermann de Lima

Amanda Majewski Tarosso	Isabela Cristina dos Reis Almeida
Amanda Moses Xocaira	Isabella Conte Chiappetto Nunes
Ana Carolina Aurelio	Isadora Camargo Cardoso
Ana Carolina Franco Bueno	Isadora Cunha Pivoto
Ana Clara Dal Bem Busetto	Isadora de Castro Pereira
Ana Elisa Cardoso Vilas Boas	Jaqueline Alvernaz de Miranda
Ana Luisa Galleli Campos	Jenifer Pavan de Paula
Andressa Eloiza Braniak Tassi	Juliana Paes Felix
Barbara Bernardes Yamamoto	Karina Yumi Kawabata de Almeida
Beatriz Alegre Araujo	Karla Alves Ribeiro
Bernardo Magalhães Raizer	Karla Batilana
Bianca Fernanda Toledo	Larissa Flausino Banuth Rodrigues
Brenda Luiza de Castro	Laura Maringolli Mitt
Bruna Rodrigues	Laura Pontes Tsujioka
Bruno Henrique de Souza Guerra	Leticia Crecca
Camila Soares Bortoli	Leticia Esteves Fenato
Camilla Sant Anna da Silva	Leticia Jacomini
Caroline Duarte Arrigoni	Leticia Martins de Souza
Cinthia dos Santos Vieira	Lilian Cristiane Almirão Juliani
Daiane Cristina Furlan	Livia Doro
Daniel de Oliveira Cabral	Lorena Caroline Mariano
Daniela Monteiro da Silva	Lorena Massariolli dos Anjos
Daniele Fernanda de Oliveira	Lorrayne Caroline Garcia Silva
Dara Kawany Silva Sobreira	Louise Cardoso Cunha
Dener Aparecido Bezerra Dias	Luana Caroline Furquim
Diana Santos Ricci	Lucas Amaro Bianchini
Eduarda de Oliveira E Silva	Lucas Melare de Oliveira
Eloisa Sobh Ambrosio	Luiz Henrique Alves
Fernanda Alves de Lima Kloster	Luiza Zanella Gusmão
Fernanda Cristina da Silva	Marcella Andressa Bosquetti
Fernanda Miranda Garcia Padilha	Marcio Francisco Dias
Gabriel Silva Guardiano Santana	Maria Eduarda Cardozo Signolfi
Gabrielle Passos Cerqueira	Maria Eduarda Ferreira Barros
Giovana Maria Mourinho Ferreira	Maria Elena Flumignan Garcia
Giovanna Melo Monteverde	Maria Julia Boletti
Gisela Guilherme	Mariana Lima Lepri
Giulia Brandao Gutierrez Duran	Mariane Leal Faleiros
Graziela Lastoria Bonatti	Mayara Baptista Silva
Gustavo Foz Fonseca	Murilo Lecce Regiani
Hellen Soares Carrilho	Naiara Fernanda Costa
Heloisa Helena Batista Haggi	Natalia Ramos Bim
Heloisa Nagy Silva	Nathalia Cristina de Lima
Henrique Tatsuya Tago	Nathalia Ferreira da Silva
Isabela Caroline Machado	Nathalia Mie Vianna Nassu

Nayara Rodrigues de Oliveira
Paola Rafaela Vitali Taciano
Paulo Fernando Vidal Dias
Pedro Henrique Silva Santos
Priscilla Gadda Ribeiro
Rafael Marcilio Lopes Rossetto
Rebeca Almeida Kaster
Rebeka das Neves Andrade
Rodrigo Cesar Franco
Ronald Wesley Silva de Moraes
Samara Nunes Franca
Sarah Leticia Calixto
Sebastião Júnior dos Santos
Stephanie Magri
Suellen Catarine da Silva Guebara
Taciana Cristina Alves Souza
Tamara Regina Souza Marques
Thainã Eloá Silva Dionisio
Thais Conceição da Silva
Thaís Mara de Carvalho
Thássia Mayara Pinho da Rocha
Vanessa Harumi Mitsunaga
Vanessa Monteiro Flores e Silva
Victoria Modolo Witzler
Virginia Simonato Santos
Wagner Ferrari Costa

PÓS-GRADUAÇÃO – RESIDENTES EM PSIQUIATRIA

Adna De Moura Fereli
Ana Ligia Godoy Baldin Fortkamp
Ana Paula Mayumi de Souza
Bruna Bajo Munhoz
Bruno Henrique Maçaneiro
Camylla Pinheiro de Sousa
Carolina Zacas Petrus
Edilson Augusto Alves de Amorim
Edson da Costa Rodrigues
Eduardo Fernandes Leite
Eduardo Luiz Frassato
Érica Leitao Ermel
Erick Leonardo Naiverth Antonechen
Fernanda Aparecida Bett Rodrigues

Fernanda Rodrigues Bergamo
Flavia Regina Padilha
Gabriela Goncalves Tassi
Gisele de Souza Teixeira
Giulia Gabriela Alves Ramos
Giuliana Angeli Pieri
Guilherme Vargas de Azevedo
Hugo Mattos da Silva Neto
Igor José Martins
Isadora Valente Niero
Julia Jeronimo da Silva
Lara Dayeh Bocato
Luísa Gobbi
Luisa Manfredin Vila
Maise Flavia Moraes Norcia
Marcos Vinícius Bianchi
Nathalia Merighi Bononi
Rafael Santos de Argollo Haber
Soraya Pistori
Stephanie Pizzato de Araujo
Suzana Maria Menezes Guariente

COLABORADORES EXTERNOS

Amanda Angélica Perez Minikowski
Amanda Lottermann de Lima
Ana Carolina Franco Bueno
Ana Clara Dal Bem Busetto
Annie Catharine Wielewicksi Bueno
Bernardo Magalhães Raizer
Brenda Luiza de Castro
Caroline Duarte Arrigoni
Daniela Monteiro da Silva
Eduarda de Oliveira e Silva
Gabriela Drews Wayhs
Giulia Brandão Gutierrez Duran
Heloisa Helena Batista Haggi
Isabela Caroline Machado
Karina Yumi Kawabata de Almeida
Karla Alves Ribeiro
Leticia Martins de Souza
Lilian Cristiane Almirão Juliani
Livia Doro
Lorena Caroline Mariano Constanski

Lucas Polezi do Couto
Luiz Gustavo Piccoli de Melo
Marcella Andressa Bosquetti
Maria Elena Flumignan Garcia
Mariana de Toledo Chagas
Mariane Leal Faleiros
Naiara Fernanda Costa
Natalia Ramos Bim
Nayara Rodrigues de Oliveira
Priscilla Gadda Ribeiro

Suellen Catarine da Silva Guebara
Virginia Simonato Santos
Vivian Uemura

PSICÓLOGAS – SETOR PSICOLOGIA AEHU

Vânia Maria Vargas
Valéria de Araújo Elias

Algumas palavras iniciais...

Organizar este livro foi um desafio maior do que o imaginado, especialmente por três motivos.

Em primeiro lugar, os casos aqui apresentados são graves e atravessados por múltiplas vulnerabilidades. Trata-se de uma população composta por crianças, adolescentes e famílias expostas a carências materiais, fragilidades nos vínculos, violências diversas e limitações importantes no acesso a recursos de cuidado. Em muitos momentos, o sentimento de impotência foi devastador diante das situações que se apresentavam cotidianamente: desde a falta de dinheiro para o transporte até o atendimento, até dores mais profundas, oriundas de violências intensas, repetidas e, muitas vezes, naturalizadas nos contextos familiares e sociais.

É terrível saber que uma criança está em sofrimento e perceber que, em meio à normalização da violência, pais ou cuidadores nem sempre conseguem discriminar os efeitos que determinadas experiências podem produzir ao longo de uma vida. Muitas dessas dores não se encerram em uma única geração; ao contrário, repetem-se intergeracionalmente, atravessando histórias familiares e constituindo repertórios marcados por medo, esquiva, agressividade, abandono, silêncio e desproteção.

Diante dessas histórias, torna-se impossível sustentar a ideia de que o cuidado possa ser responsabilidade de uma única pessoa, de uma única família ou de um único serviço. Crianças e adolescentes em sofrimento precisam de adultos, instituições e políticas públicas capazes de funcionar como rede de proteção. Em muitos casos, ser rede de proteção significa justamente interromper a solidão produzida pela violência: escutar quando ninguém escutou, reconhecer sinais que foram naturalizados, sustentar encaminhamentos, dividir responsabilidades e construir condições para que a criança ou o adolescente não precise enfrentar sozinho aquilo que nunca deveria ter vivido.

Um segundo motivo refere-se às dores dos estudantes e colaboradores do projeto, profissionais em formação que, ao aprenderem a atuar como psicoterapeutas, também se depararam com histórias extremamente difíceis. Não raro, foi necessário acolher esses colaboradores em suas próprias dificuldades de entrar em contato com o sofrimento dos pacientes e de suas famílias. A formação clínica, nesses casos, ultrapassa o ensino de técnicas ou procedimentos. Ela exige sustentação emocional, supervisão cuidadosa, reflexão ética e disponibilidade para compreender comportamentos graves sem reduzi-los a julgamentos morais simplistas.

Alguns casos exigem o exercício constante de uma posição difícil: explicar sem justificar. Compreender como certos comportamentos se desenvolveram não significa aceitá-los como adequados, tampouco minimizar seus efeitos sobre outras pessoas. Significa, antes, analisar as condições históricas e atuais que participaram de sua seleção e manutenção, para que seja possível construir intervenções mais responsáveis, protetivas e efetivas. O leitor encontrará essa discussão, de modo mais aprofundado, especialmente no Caso Isabela, apresentado no Capítulo 6, um dos sessenta casos acompanhados pelo programa e discutidos nesta obra.

Olhando pelo ponto de vista do estudante de Psicologia, trata-se de uma realidade difícil de sustentar. Na formação dos estudantes de Psicologia, parte-se da

compreensão de que, ao aprenderem a atuar em casos dessa complexidade, os futuros profissionais podem desenvolver repertórios clínicos importantes também para o manejo de demandas menos graves. No entanto, nem a coordenação de um projeto como este, nem a experiência profissional acumulada desde 1992, garantem a sensação de estar plenamente preparada para a realidade dessas famílias. Em muitos momentos, é arrasadora a percepção de que a atuação clínica se encontra limitada por condições estruturais, sociais e institucionais que atravessam a vida da maioria das famílias atendidas.

O terceiro motivo, não menos importante, refere-se à dimensão humana de quem escreve, organiza, coordena e sustenta este trabalho. Para além dos desafios profissionais, há uma mulher, mãe, esposa, filha, irmã, tia, nora, cunhada, amiga; enfim, um ser humano constituído por uma história de vida, por dores, alegrias, medos, sonhos e contingências que produziram o repertório que hoje se apresenta. As violências discutidas neste livro não são apenas objetos de estudo, categorias de análise ou dados clínicos. Elas também convocam memórias, afetos e respostas intensas em quem as escuta, analisa e acompanha.

Assim, muito do que é descrito nesta obra parte das intervenções realizadas ao longo de mais de quinze anos de trabalho com essa população, mas também é fruto de uma história pessoal, de contingências vividas, de violências enfrentadas e de muitas sessões de processo psicoterapêutico. Reconhecer essa implicação não diminui o rigor do trabalho; ao contrário, reafirma que a prática clínica, especialmente em contextos de violência e vulnerabilidade, exige tanto fundamentação teórica quanto sensibilidade humana.

Este livro, portanto, nasce de muitos desafios: os desafios da realidade de vida de cada família atendida; os desafios da formação de estudantes e profissionais; os desafios da articulação entre Psicologia, Psiquiatria e rede de cuidado; e, também, os desafios relacionados ao enfrentamento dos fantasmas pessoais desta coordenadora, autora e organizadora. Nasce, ainda, da convicção de que cuidar é também compor rede: estar disponível para sustentar, junto com outros, aquilo que crianças, adolescentes e famílias não conseguem sustentar sozinhos.

Que esta obra, nascida do enfrentamento desses fantasmas, possa contribuir para a formação de profissionais de Psicologia e Psiquiatria, bem como para a ampliação do cuidado oferecido às famílias atendidas. Afinal, todos temos fantasmas.

Apresentação

Na Universidade Estadual de Londrina (UEL), a extensão universitária constitui uma das dimensões fundamentais da formação acadêmica, articulando ensino, pesquisa e compromisso social. Por meio dos projetos e programas de extensão, docentes, estudantes e profissionais em formação aproximam-se das demandas concretas da comunidade, aplicando conhecimentos produzidos na universidade e, ao mesmo tempo, aprendendo com a realidade social, cultural, econômica e institucional na qual estão inseridos.

Nesse contexto, destaca-se o programa de extensão Psicologia Clínica Comportamental para Famílias com Crianças/Adolescentes em Tratamento Psiquiátrico, vinculado à Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual de Londrina. Ao longo de sua trajetória, o trabalho consolidou-se como espaço de integração entre teoria e prática clínica, especialmente a partir da Análise do Comportamento, em diálogo com a Psiquiatria Infantil. Em 2025, em razão da consistência das atividades desenvolvidas e da relevância do serviço prestado à comunidade, o projeto foi transformado em Programa de Extensão Universitária, fortalecendo seu caráter permanente de formação, cuidado e produção de conhecimento.

O programa oferece atendimento psicoterapêutico a crianças e adolescentes em tratamento psiquiátrico, bem como a seus familiares e cuidadores. Sua atuação busca contribuir para a melhora da qualidade de vida das famílias atendidas, o fortalecimento de vínculos, o desenvolvimento de repertórios de enfrentamento e a construção de formas mais saudáveis de interação. Ao mesmo tempo, constitui um campo importante de formação para estudantes de Psicologia e residentes de Psiquiatria, favorecendo o desenvolvimento de repertórios profissionais voltados à prática clínica, à atuação interprofissional e ao cuidado em saúde mental.

Além dos atendimentos, o programa também se dedica à produção acadêmica, à discussão de casos clínicos, à sistematização de dados e à divulgação de conhecimentos em eventos científicos. A construção desta obra nasce desse percurso. Trata-se de um trabalho organizado em dois volumes, reunindo reflexões teóricas, dados do programa, discussões clínicas e análises de casos, com o objetivo de contribuir para a formação e atualização de profissionais, estudantes e pesquisadores interessados na interface entre Análise do Comportamento, Psicologia Clínica, Psiquiatria, violência, família e redes de cuidado.

Este primeiro volume tem como eixo central a compreensão de que os transtornos psiquiátricos na infância e adolescência não podem ser analisados de forma isolada, descolados das histórias de vida, das contingências familiares, das condições sociais e das experiências de violência que atravessam o desenvolvimento. Ao longo dos capítulos, são discutidas situações de negligência, violência física, psicológica, sexual, estrutural e institucional, bem como os efeitos dessas experiências sobre crianças, adolescentes, cuidadores e famílias.

A obra também apresenta a importância da atuação articulada entre Psicologia, Psiquiatria, assistência social, escola, rede de proteção, sistema de justiça e demais serviços do território. Muitos dos casos acompanhados pelo programa evidenciam que

o cuidado clínico, embora fundamental, precisa ser sustentado por redes mais amplas de apoio, proteção e corresponsabilização.

Por se tratar de um livro que apresenta casos clínicos reais, alguns temas podem ser sensíveis, envolvendo diagnósticos psiquiátricos, violência, sofrimento psicológico, tratamentos, conflitos familiares e experiências pessoais das crianças, adolescentes e famílias atendidas. Todas as informações utilizadas foram autorizadas pelos envolvidos ou responsáveis, e os dados foram alterados ou omitidos quando necessário para preservar o sigilo. Os nomes apresentados são fictícios, em conformidade com os princípios éticos da prática psicológica e da produção acadêmica.

O Capítulo 1, intitulado “Entre extensão universitária, psicoterapia e cuidado: um programa de Psicologia Comportamental para crianças, adolescentes e famílias”, apresenta a história, a estrutura e os objetivos do programa de extensão que fundamenta esta obra. O capítulo descreve sua evolução ao longo dos anos, os formatos de atendimento, a articulação entre Psicologia e Psiquiatria, o perfil das crianças, adolescentes e cuidadores atendidos, além dos principais desafios encontrados, como vulnerabilidade social, baixa adesão ao tratamento e complexidade das demandas clínicas.

O Capítulo 2, “Entre sintomas, histórias e contextos: Psicologia e Psiquiatria em diálogo”, discute as possibilidades de articulação entre Psicologia e Psiquiatria no cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psicológico. O capítulo apresenta fundamentos da Análise do Comportamento, aspectos históricos e clínicos da Psiquiatria, o uso de diagnósticos e psicofármacos, além de um caso clínico que ilustra como a integração entre acompanhamento psiquiátrico, intervenção psicológica e participação familiar pode favorecer avanços importantes no tratamento.

O Capítulo 3, “Entre violências, histórias e sofrimento: transtornos psiquiátricos na infância e adolescência”, aborda a violência como variável histórica e contextual relevante no desenvolvimento e agravamento de transtornos psiquiátricos. A partir de categorias de violência, dados dos casos atendidos e uma leitura analítico-comportamental, o capítulo discute como experiências aversivas de abuso, negligência, exposição à violência podem participar da constituição de repertórios de sofrimento, sem reduzir a complexidade dos transtornos a relações causais simples ou lineares.

O Capítulo 4, “Entre escutas, direitos e proteção: Psicologia e Direito no enfrentamento à violência contra a mulher”, apresenta a atuação do Núcleo de Atendimento de Violência Doméstica na Delegacia da Mulher (NUAVIDEM), em Londrina/PR. O capítulo discute a violência doméstica e familiar contra a mulher no contexto da Lei Maria da Penha, o acolhimento humanizado, a avaliação de risco e os impactos da violência sobre a maternidade, a infância e a organização familiar. Sua inclusão nesta obra amplia a compreensão das violências que atravessam as famílias atendidas e evidencia a importância da articulação entre Psicologia, Direito e rede de proteção.

O Capítulo 5, “Entre clínica, território e cuidado: Psicologia, Psiquiatria e RAPS na atenção a crianças e adolescentes”, discute a inserção do programa de extensão no campo do cuidado em rede, articulando sua prática aos princípios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A partir da experiência do programa e do caso da Família Flores, o capítulo mostra que muitos atendimentos ultrapassam os limites da clínica

psicológica e do acompanhamento psiquiátrico, exigindo diálogo com escola, assistência social, saúde, Conselho Tutelar, Judiciário e demais dispositivos do território.

O Capítulo 6, “Caso Isabela: violência, cuidado e revitimização na infância”, apresenta um estudo de caso clínico de uma criança exposta a violência sexual, negligência, conflitos familiares e práticas de cuidado invasivas e punitivas. A partir da análise funcional molar, o capítulo discute como comportamentos sexualizados, autolesivos, opositores, agressivos e de esquiva podem ser compreendidos como repertórios desenvolvidos em contextos de ameaça, imprevisibilidade e ausência de cuidado seguro. O caso evidencia também que a retirada de uma criança de um ambiente violento não garante, por si só, a interrupção da revitimização.

O Capítulo 7, “Caso Vanessa: afeto, controle e violência em relações de cuidado”, apresenta o caso clínico de uma adolescente vítima de violência psicológica e sexual em contexto religioso. O capítulo discute como histórias de abandono, negligência afetiva, vulnerabilidade social e busca por pertencimento podem aumentar a sensibilidade a relações que se apresentam como cuidado, mas envolvem controle, sexualização e abuso. A análise funcional do caso permite compreender a ambivalência afetiva, as crises de ansiedade, a busca por validação e a vulnerabilidade a novas relações de risco.

Em conjunto, os capítulos buscam mostrar que o cuidado em saúde mental infantil e adolescente exige mais do que a identificação de sintomas ou diagnósticos. É necessário compreender histórias, relações, violências, contextos e redes de cuidado. A partir da Análise do Comportamento, esta obra propõe uma leitura comprometida com a complexidade dos casos, com a formação profissional, com a prática clínica contextualizada e com a defesa de intervenções éticas, interprofissionais e socialmente responsáveis.

O segundo volume dará continuidade a essa discussão, apresentando casos clínicos relacionados a transtornos psiquiátricos específicos na infância e adolescência. A partir da Análise do Comportamento, esses quadros serão discutidos não apenas como categorias diagnósticas descritas em manuais classificatórios, mas como repertórios comportamentais desenvolvidos em histórias singulares de interação com o ambiente. Serão abordados, entre outros, transtornos do humor, transtornos de personalidade, transtornos do neurodesenvolvimento e demais condições clínicas acompanhadas pelo programa.

CAPÍTULO 1

ENTRE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, PSICOTERAPIA E CUIDADO: UM PROGRAMA DE PSICOLOGIA COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E FAMÍLIAS

*BETWEEN UNIVERSITY EXTENSION, PSYCHOTHERAPY, AND CARE: A
BEHAVIORAL PSYCHOLOGY PROGRAM FOR CHILDREN, ADOLESCENTS, AND
FAMILIES*

Silvia Aparecida Fornazari
Bernardo Magalhães Raizer
Lorena Caroline Mariano Constanski
Maria Eduarda Ferreira Barros
Murilo Lecce Regiani
Isadora de Castro Pereira
Pedro Henrique Silva Santos

Resumo

Este capítulo tem como objetivo apresentar o programa de extensão *Psicologia Clínica Comportamental para Famílias com Crianças e Adolescentes em Tratamento Psiquiátrico*, desenvolvido na Universidade Estadual de Londrina, descrevendo sua trajetória, organização, população atendida e contribuições para a formação profissional e para o cuidado em saúde mental. O método consistiu na sistematização narrativa e documental da história do programa, a partir de registros dos projetos cadastrados na PROEX-UEL, prontuários da Clínica Psicológica, relatos de sessão e dados de atendimento de crianças, adolescentes e cuidadores. Os resultados indicaram que o programa, iniciado em formatos grupais de orientação parental, evoluiu para atendimentos psicoterapêuticos individuais de crianças, adolescentes e familiares, articulados ao Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital Universitário. Foram realizadas mais de 3134 sessões, com atendimento a 60 crianças e adolescentes e 19 cuidadores. Os dados evidenciaram uma população marcada por vulnerabilidade social, baixa renda, baixa escolaridade dos cuidadores, múltiplas configurações familiares, transtornos psiquiátricos, violências e dificuldades de adesão ao tratamento. Discute-se que a integração entre Psicologia, Psiquiatria, família e rede de cuidado amplia a compreensão dos casos e favorece intervenções mais contextualizadas, embora desafios como não adesão, pandemia e registros incompletos revelem limites para a continuidade e avaliação do serviço.

Palavras-chave: extensão universitária; psicologia clínica comportamental; psiquiatria infantil; análise do comportamento; saúde mental.

Abstract

This chapter aims to present the university extension program *Behavioral Clinical Psychology for Families with Children and Adolescents Under Psychiatric Treatment*, developed at the State University of Londrina, describing its history, organization, target population, and contributions to professional training and mental health care. The method consisted of a narrative and documentary systematization of the program's history based on records of projects registered at PROEX-UEL, clinical files from the Psychology Clinic, session reports, and service data from children, adolescents, and caregivers. The results indicated that the program, initially organized as parental guidance groups, evolved into individual psychotherapeutic care for children, adolescents, and family members in collaboration with the Child Psychiatry Outpatient Clinic of the University Hospital. More than 3,134 sessions were conducted, providing care to 60 children and adolescents and 19 caregivers. The data revealed a population characterized by social vulnerability, low income, low educational levels among caregivers, multiple family configurations, psychiatric disorders, experiences of violence, and difficulties with treatment adherence. The discussion highlights that the integration among Psychology, Psychiatry, the family, and the care network broadens case conceptualization and supports more contextualized interventions. However, challenges such as treatment non-adherence, the COVID-19 pandemic, and incomplete records reveal limitations regarding service continuity and evaluation.

Keywords: university extension; behavioral clinical psychology; child psychiatry; behavior analysis; mental health.

O programa de extensão "Psicologia Clínica Comportamental para Famílias com Crianças/Adolescentes em Tratamento Psiquiátrico", integra teoria e prática clínica em Psicoterapia Analítico-Comportamental, em conjunto com a Psiquiatria, para oferecer suporte terapêutico abrangente às famílias, contribuindo para a melhora da qualidade de vida dos envolvidos.

A seguir, a Tabela 1 descreve os passos trilhados para o desenvolvimento do trabalho conforme tem sido realizado atualmente, apresentando os projetos de extensão desenvolvidos ao longo do tempo, até sua transformação em programa de extensão.

Tabela 1 – Projetos cadastrados na PROEX-UEL que descrevem os caminhos do trabalho.

Projeto	Início	Término
02801 - Psicologia clínica comportamental para famílias com crianças/adolescentes em tratamento psiquiátrico – Fase 2 (PROGRAMA)	20/12/2023	Atual
02310 - Psicologia clínica comportamental para famílias com crianças/adolescentes em tratamento psiquiátrico.	13/11/2018	13/10/2023
01945 - Psicologia clínica comportamental para pais com filhos em tratamento psiquiátrico	07/04/2015	07/01/2019
01631 - Grupo de orientação a pais com filhos em tratamento psicológico e psiquiátrico	02/04/2012	19/03/2015
01336 - Grupo de orientação a pais com filhos em tratamento psicológico e psiquiátrico	01/10/2008	30/09/2011

Sobre a história, o programa de extensão deriva dos projetos: Grupo de Orientação a Pais com Filhos em Tratamento Psicológico e Psiquiátrico (Cadastro PROEX-UEL 01336 e 01631) e do projeto Psicologia Clínica Comportamental para Pais com Filhos em Tratamento Psiquiátrico (Cadastro PROEX-UEL 01945). Os projetos 01336 e 01631 foram desenvolvidos com o objetivo de orientar pais em grupos. Aconteciam uma vez ao mês, nas dependências do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU-UEL). O trabalho era realizado em grupos: os médicos residentes em Psiquiatria, os estudantes de Psicologia e a coordenadora do projeto reuniam-se com os pais que comparecessem naquele dia pré-agendado solicitando orientação. Nesse período, os atendimentos consistiam em orientações gerais e psicoeducação, nas quais eram explicados os transtornos psiquiátricos, o funcionamento das medicações psiquiátricas e o desenvolvimento de repertórios comportamentais. Atravemos-nos a dizer que os resultados eram bons, no entanto, os pais vinham apenas se tinham dúvidas ou se estivessem realmente com dificuldades em relação aos filhos e seus diagnósticos, o que nos dava uma função de “apagar incêndios”. Quando os problemas estavam menos evidentes no dia a dia, momento em que seria importante um trabalho comportamental para o desenvolvimento de comportamentos alternativos mais adaptados socialmente, ou dentro das necessidades escolares e do cotidiano das crianças, os pais não compareciam. Considerando essas demandas, o projeto 01945 – Psicologia clínica comportamental para pais com filhos em tratamento psiquiátrico tinha por objetivo trabalhar com os pais ou cuidadores das crianças e adolescentes em grupos fixos, com cronograma de encontros quinzenais, nos quais pais, residentes de Psiquiatria, estudantes de Psicologia e coordenadora discutiam um programa com temas pré-definidos para cada encontro. Dúvidas, esclarecimentos e discussões de casos específicos eram sempre acolhidos ao final dos encontros. O objetivo era desenvolver, nas famílias, um repertório de interação mais adequado, de modo que a família se tornasse contexto para o desenvolvimento de comportamentos mais ajustados às necessidades das crianças ou adolescentes. Os resultados foram excelentes para as famílias que participaram; no entanto, após o primeiro grupo, houve pouca adesão de outros pais. Esses mesmos cuidadores tiveram interesse em se manter no projeto, reconhecendo sua relevância. Assim, após dois semestres de grupos para os pais, optou-se por mudar novamente o formato do atendimento à demanda.

Entre 2015 e 2016, passou-se a atender as crianças e adolescentes em formato de psicoterapia individual, com orientações parentais frequentes. Esse formato proporcionou um espaço mais abrangente de intervenção, não apenas voltado à orientação dos pais em relação aos problemas apresentados pelos filhos, mas também ao atendimento psicoterapêutico das demandas apresentadas pelas próprias crianças e adolescentes. No entanto, uma dificuldade recorrente referia-se ao fato de que os pais ou cuidadores, muitas vezes, não eram capazes de seguir as orientações dadas pela equipe de atendimento de seus filhos, mesmo com sessões de orientação específicas para eles. Assim, o processo psicoterapêutico foi disponibilizado aos cuidadores com o objetivo de atender demandas próprias dos pais e de seu repertório pessoal. Partiu-se do pressuposto de que os pais não conseguiriam oferecer um ambiente adequado ao desenvolvimento de seus filhos quando seu próprio ambiente (considerando aqui tanto o ambiente público quanto o privado ou encoberto) estava desestruturado e, muitas vezes, caótico. Pais saudáveis podem desenvolver comportamentos saudáveis em seus filhos, e o oposto também é verdadeiro.

Assim, acreditando que a saúde emocional dos pais é fundamental para que eles tenham condições de cuidar da saúde de seus filhos, o projeto 01945 pretendeu ser um espaço terapêutico para que os pais pudessem cuidar de si e, também, ser capacitados a cuidar de seus filhos, contribuindo para o andamento dos atendimentos realizados, além do atendimento das próprias crianças e adolescentes. Em conformidade com esses objetivos, e na continuidade do serviço oferecido à comunidade, foi iniciado o projeto Psicologia Clínica Comportamental para Famílias com Crianças/Adolescentes em Tratamento Psiquiátrico (Cadastro PROEX-UEL 02310) com o objetivo de proporcionar atendimento psicoterapêutico às crianças, adolescentes e seus familiares, em paralelo ao tratamento medicamentoso realizado pelos residentes em psiquiatria. A meta era diminuir os sintomas dos transtornos psiquiátricos e aumentar os repertórios comportamentais adequados tanto para os clientes quanto para suas famílias. Em 2023, teve início a Fase 2 do projeto (Cadastro PROEX-UEL 02801) e, considerando sua consistência ao longo dos anos e o serviço prestado à comunidade, o projeto foi transformado em programa de extensão em 2025, o que conferiu caráter de permanência ao trabalho.

Cabe, ainda, ponderar sobre as questões acadêmicas envolvidas no serviço prestado. Ao longo desses anos todos, estudantes de Psicologia e residentes de Psiquiatria puderam conviver e atuar conjuntamente, contribuindo para o desenvolvimento de seus repertórios profissionais, de modo a compreender as possibilidades da atuação interprofissional.

Os colaboradores do projeto se referem àqueles que prestam os serviços e constituem a equipe. Na área da Psiquiatria, são os residentes em Psiquiatria do segundo e terceiro anos e o médico-chefe do Ambulatório de Psiquiatria Infantil, Prof. Dr. Diego Cavicchioli. Na Psicologia, os colaboradores são estudantes de quarto e quinto anos do curso de Psicologia, e a supervisora e coordenadora do programa Profa. Dra. Silvia Aparecida Fornazari da Silva. Outros supervisores colaboraram por breves períodos, como a Profa. Dra. Josy Moriyama, que permaneceu por alguns anos e contribuiu para a inclusão do atendimento específico aos pais ou cuidadores; e os professores Dr. Wagner Rogério da Silva, Dra. Lucilla Maria Camargo Simões e Dr. Leandro Fazzano, que supervisionaram os atendimentos em psicoterapia por períodos mais curtos, mas não menos importantes. Participam também, como colaboradores

externos, psicólogos e psicólogas já formados, que contribuem de modo substancial ao funcionamento do trabalho e nas discussões dos casos durante as supervisões clínicas, profissionais que estiveram no projeto durante a graduação e que, ao se formarem, permaneceram voluntariamente.

Em termos de porta de entrada para o atendimento, na Psiquiatria, os residentes atendem os pacientes no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do AEHU-UEL e, quando percebem a necessidade, encaminham o caso para atendimento em psicoterapia, e a família passa a fazer parte do projeto. Entre 2012 e 2020, foram realizadas interconsultas. A coordenadora do projeto participava ativamente dos ambulatórios, discutindo os casos *in loco*, e já realizando a triagem daqueles que seriam incluídos no atendimento da Psicologia. Esse trabalho foi interrompido por ocasião da pandemia, quando a sala em que as discussões ocorriam mostrou-se muito pequena para a reunião de vários profissionais de modo saudável, considerando as orientações em relação ao protocolo de cuidados relativos ao contágio pela COVID-19. Após a pandemia, no entanto, esse trabalho não foi retomado.

Na Psicologia, a equipe se reúne semanalmente para discutir os casos, trocar experiências e aprimorar suas práticas clínicas sob a supervisão da coordenadora do programa. Os atendimentos são realizados semanalmente ou de acordo com a necessidade de cada caso, com sessões de 50 minutos. Os atendimentos psicoterapêuticos seguem a abordagem analítico-comportamental, focando na formulação de caso a partir de análises funcionais molares e moleculares, seguidas de intervenção e avaliação contínua dos resultados. Estas etapas, planejadas durante as supervisões semanais, permitem observar melhorias nos quadros clínicos dos pacientes atendidos. Em relação à Psiquiatria, sabe-se que os medicamentos podem atenuar significativamente os sintomas dos transtornos psiquiátricos, e, por isso, procura-se incentivar o engajamento dos clientes no tratamento medicamentoso quando necessário. Contudo, a psicoterapia desempenha um papel essencial, possibilitando o desenvolvimento de repertórios comportamentais necessários aos clientes e aumentando a autonomia das famílias para lidar com situações cotidianas decorrentes dos transtornos psiquiátricos. As discussões interdisciplinares entre Psiquiatria e Psicologia enriquecem a formulação de casos e podem melhorar os prognósticos.

No trabalho conjunto entre Psicologia e Psiquiatria, são realizadas discussões de casos com a participação da equipe completa, especialmente dos profissionais que atendem o caso em discussão. Sempre que possível, essas discussões contam com a participação do médico-chefe responsável pelos atendimentos em Psiquiatria e da coordenadora e supervisora da Psicologia. Além disso, reuniões com a equipe que atende a família na rede de atenção à saúde do município são realizadas sempre que solicitadas.

A Figura 1 apresenta, de forma esquemática, o funcionamento do programa de extensão, desde a entrada dos casos pelo Ambulatório de Psiquiatria Infantil até o acompanhamento psicoterapêutico, as supervisões clínicas, as discussões interdisciplinares e a articulação com a rede de atenção. Também evidencia o caráter formativo do programa para estudantes de Psicologia, residentes de Psiquiatria e colaboradores externos, bem como seus impactos clínicos, familiares, acadêmicos e sociais.

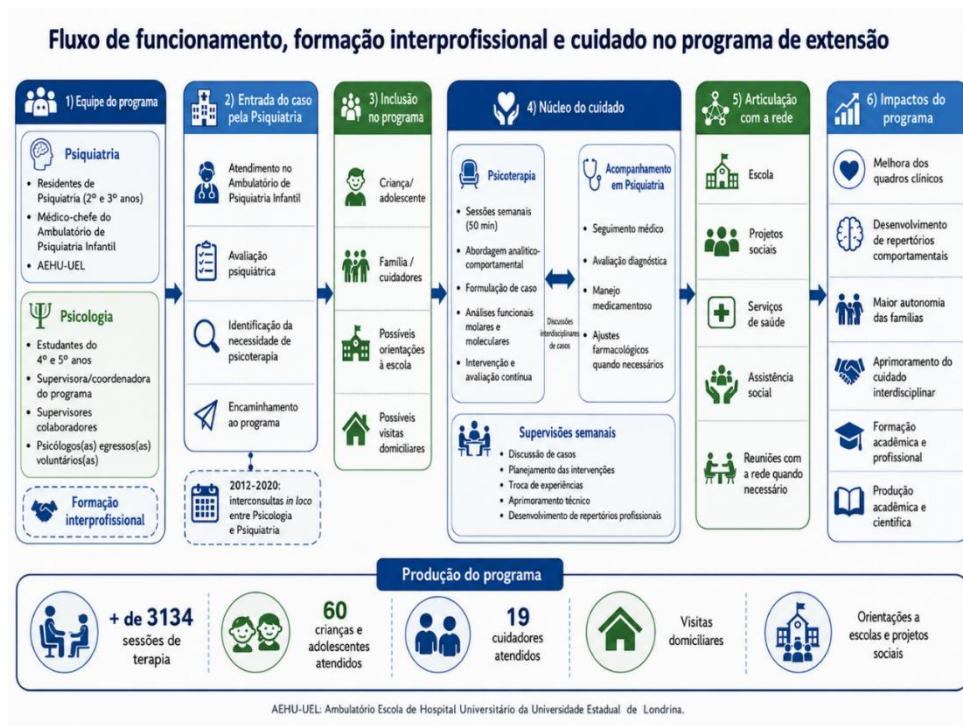


Figura 1 - Fluxo de funcionamento, formação interprofissional e cuidado no programa de extensão

Além disso, a figura demonstra que, desde sua criação, o projeto tem se mostrado produtivo e impactante na realidade das famílias atendidas, com a realização de mais de 3134 sessões de terapia em suas duas fases. Foram atendidas 60 crianças e adolescentes e 19 cuidadores. Visitas domiciliares e orientações a escolas e projetos sociais também foram realizadas.

Perfil da população atendida

Para compreender a discussão dos casos apresentados neste livro, é importante conhecer o perfil da população atendida e, para isso, foi necessário retomar os documentos e registros do projeto desde sua criação.

A organização dos documentos produzidos foi essencial para uma análise detalhada dos atendimentos realizados, desenvolvimento dos casos, perfil da população atendida e adesão ao tratamento. Esses resultados contribuem para a continuidade e aprimoramento dos serviços oferecidos pelo programa, beneficiando tanto a comunidade atendida quanto os profissionais em formação. No entanto, é importante dizer que, com o foco no atendimento, muitos estudantes tiveram dificuldades em manter o registro atualizado e fidedigno do número de sessões. Mesmo assim, informações suficientes foram encontradas. O presente capítulo apresenta dados que foram resgatados dos prontuários da Clínica Psicológica e dos registros em

relatos de sessão dos colaboradores, porém, certamente foi feito mais do que se tem registro. Por exemplo, outros supervisores, além da coordenadora do programa, contribuíram para o trabalho, e a forma de supervisão de cada docente certamente influenciou os registros. Ainda, como ao longo dos anos outros supervisores trabalharam especialmente com os casos de cuidadores, mais atendimentos foram realizados, contudo sem registros ou com registros incompletos, o que inviabilizou a inclusão de tais dados nesse capítulo. Várias estratégias para organizar os dados e manter fidedigno o registro das atividades do programa vêm sendo utilizadas. Espera-se que, no futuro, esse problema seja reduzido.

As famílias

Uma primeira anotação em relação às famílias é que se trata de uma população bastante vulnerável, com renda familiar insuficiente para as suas necessidades. A população atendida pelo projeto passa por um recorte importante ao se considerar que vem encaminhada pelo Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital Universitário, um hospital público que, em nosso país, atende especialmente a população em maior vulnerabilidade social.

Outro fator interessante é o fato de que as famílias vêm de um ambulatório de psiquiatria infantil. De acordo com a Análise do Comportamento, os comportamentos são desenvolvidos no repertório da pessoa de acordo com sua interação com o ambiente (Skinner, 1953/1981), e como sempre digo aos meus estudantes, se crianças estão apresentando comportamentos que podem ser diagnosticados, ou seja, são apresentados em intensidade tal que podem passar pelo crivo da caracterização do DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2022), que classifica esses comportamentos e os nomeiam, é porque essa criança já passou por muitas dificuldades ao longo de sua breve vida. Ou seja, se existe um diagnóstico, com certeza essa criança já passou por aversivos intensos (Garcia & Fornazari, 2024). No caso da população atendida aqui, em sua maioria, as crianças vivenciaram muitas formas de violência, como será visto no capítulo que tratará especificamente dessas violências.

Por ora, passemos a uma caracterização geral das famílias. A Figura 2 apresenta a renda familiar das famílias atendidas. Como se pode perceber, a maioria das famílias (50%) tem renda familiar de até 2 salários mínimos. Dezesesseis famílias (26,6%) têm renda familiar entre 2 e 5 salários mínimos, e apenas 1 família (1,6%) tem renda familiar acima de 5 salários mínimos. 13 famílias (21,6%) não informaram a renda. Esses dados demonstram a vulnerabilidade social das famílias atendidas.

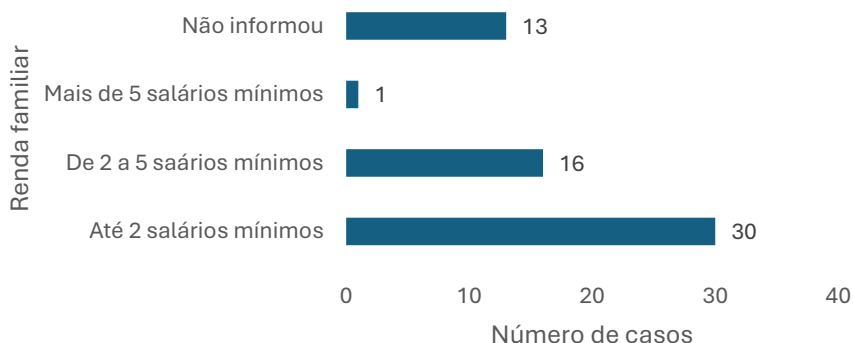


Figura 2 – Renda familiar das famílias atendidas pelo projeto.

Outra questão interessante a ser observada na população atendida é a constituição das famílias. Em muitas famílias atendidas, os cuidadores principais não são os pais, mas avós, tias ou outras pessoas que assumem a guarda das crianças e adolescentes mesmo sem nenhum grau de parentesco. A Figura 3 apresenta os principais cuidadores das crianças e adolescentes atendidos.

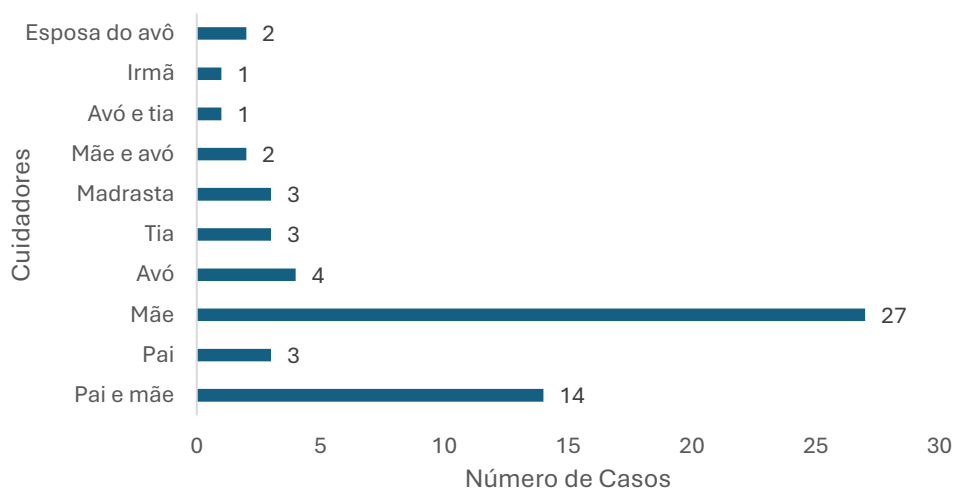


Figura 3 – Principais cuidadores das crianças e adolescentes atendidos.

Como se pode observar na Figura 3, 27 casos (45%) têm a mãe como cuidadora principal, 14 casos (23,3%) têm ambos os pais como cuidadores principais, 4 avós assumiram o papel de cuidadoras principais (6,66%). Apenas o pai, tias e madrastas aparecem como cuidadores principais em menor número de casos. Em 2 casos (3,33%) as crianças são cuidadas pela mãe com ajuda da avó, e, também, em 2 casos

(3,33%), as crianças são cuidadas pela esposa do avô materno. Enfim, 1 caso (1,66%) é cuidado pela irmã e 1 caso (1,66%) é cuidado por uma tia com ajuda da avó.

Como será possível verificar ao longo desse livro, o fato de que muitas crianças acabam sendo cuidadas por terceiros pode implicar aquilo que podemos chamar de “sentimento de abandono”, o que pode ser considerado como negligência emocional. Quero pontuar aqui que ser cuidado por alguém sem ser especificamente pai e mãe, como se considera socialmente uma família estruturada, não implica de forma alguma em negligência emocional. O que se verifica nessa população é que muitas dessas crianças foram efetivamente deixadas aos cuidados de outras pessoas que, em vários momentos, não escolheram se responsabilizar por esses cuidados ou não os assumiram de fato. Pais abandonaram a família, em sua maioria sem dar notícias e sem se responsabilizar pelo pagamento de pensão ou pela manutenção de qualquer vínculo afetivo com os filhos. Isso, sim, pode ser considerado negligência afetiva ou emocional.

As crianças e adolescentes

Foram realizadas 2784 sessões com as crianças e adolescentes, sendo 43 casos já encerrados e 17 casos em andamento. Dessas 2784 sessões, 420 foram realizadas com os cuidadores e consideradas como orientação parental, 60 foram realizadas com os cuidadores e crianças/adolescentes em conjunto, 9 sessões foram orientações realizadas nas escolas e 4 atendimentos domiciliares.

As crianças e adolescentes atendidos têm idade média de 11 anos e 3 meses. As crianças mais novas chegaram ao projeto com cerca de 4 anos de idade e os adolescentes mais velhos com cerca de 17 anos. O Apêndice A apresenta os dados individuais de cada criança e adolescente atendido, considerando a queixa inicial, sintomas físicos e hipóteses diagnósticas constantes nas fichas de triagem, ao chegarem ao atendimento.

A Tabela 2 apresenta uma síntese dos principais eixos clínicos observados nas crianças e adolescentes atendidos pelo programa. Como muitos casos apresentavam hipóteses diagnósticas e queixas sobrepostas, a organização não deve ser compreendida como classificação exclusiva, mas como recurso descritivo para facilitar a visualização das demandas clínicas predominantes.

Tabela 2 – Síntese dos eixos clínicos predominantes nas crianças e adolescentes atendidos pelo programa

Eixo clínico predominante	Casos relacionados	Queixas e manifestações frequentes
Ansiedade, medo e sintomas depressivos	Cr2, Cr6, Cr9, Cr10, Cr13, Cr17, Cr20, Cr21, Cr23, Cr24, Cr29, Cr30, Cr34, Cr38, Cr39, Cr44, Cr46, Cr50, Cr51, Cr59	Crises de ansiedade, medo de separação, retraimento, humor deprimido, automutilação, sintomas físicos associados
Desatenção, impulsividade e agitação	Cr1, Cr2, Cr3, Cr8, Cr11, Cr14, Cr17, Cr22, Cr31, Cr36, Cr37, Cr40, Cr41, Cr47, Cr50, Cr52, Cr58	Agitação, dificuldade de concentração, impulsividade, dificuldades escolares e problemas no seguimento de regras

Eixo clínico predominante	Casos relacionados	Queixas e manifestações frequentes
Agressividade, oposição e conduta	Cr5, Cr7, Cr12, Cr15, Cr18, Cr27, Cr28, Cr31, Cr41, Cr57	Agressividade, comportamento opositor, conflitos familiares e escolares, furtos, comportamentos de risco
TEA, atraso no desenvolvimento e déficits intelectuais	Cr14, Cr22, Cr31, Cr32, Cr33, Cr48, Cr49, Cr53, Cr54, Cr56, Cr58	Atrasos no desenvolvimento, dificuldades de interação social, interesses restritos, déficits intelectuais ou adaptativos
Violência sexual, TEPT e trauma	Cr13, Cr19, Cr21, Cr24, Cr25, Cr36, Cr46, Cr60	Abuso sexual, TEPT, dissociação, hipervigilância, esquiva, autolesão, sofrimento psicológico intenso
Alucinações, delírios e experiências perceptivas incomuns	Cr29, Cr32, Cr43, Cr50, Cr58, Cr60	Ver vultos, ouvir vozes, delírios, falar com paredes, relatos de experiências perceptivas incomuns
Alimentação, compulsão e sintomas corporais associados	Cr23, Cr30, Cr44, Cr51, Cr52, Cr59	Compulsão alimentar, vômitos, bulimia, apetite acentuado, ansiedade associada à alimentação

Das 60 crianças atendidas, 15 não tinham passado por qualquer tratamento psicológico anterior e 5 não informaram. A Tabela 3 apresenta a duração dos atendimentos anteriores, enquanto a Tabela 4 organiza os motivos relatados em eixos clínicos predominantes. O Apêndice B apresenta a tabela completa, com a descrição individual de cada caso.

Tabela 3 - Duração de psicoterapia anterior das crianças e adolescentes atendidos

Duração informada	Casos	Número de casos
Até 6 meses	Cr3, Cr34, Cr45, Cr50	4
Entre 7 meses e 1 ano	Cr7, Cr9, Cr16, Cr18, Cr19, Cr20, Cr22, Cr35, Cr44, Cr46, Cr49	11
Entre 1 ano e 1 mês e 2 anos	Cr4, Cr25, Cr28, Cr29, Cr31, Cr36, Cr39, Cr59, Cr60	9
3 anos	Cr17, Cr24	2
4 anos ou mais	Cr2, Cr12, Cr14, Cr15, Cr26, Cr30, Cr33, Cr51	8
Não lembra / não informado	Cr11, Cr13, Cr37, Cr38, Cr53, Cr55	6
Total		40

Nota - Foram considerados apenas os casos em que havia registro de psicoterapia anterior. As categorias foram agrupadas para facilitar a visualização dos dados no capítulo.

Tabela 4 - Motivos relatados para psicoterapia anterior

Eixo principal do motivo relatado	Casos relacionados	Exemplos de motivos registrados
Ansiedade, medo, pânico e sintomas obsessivo-compulsivos	Cr4, Cr9, Cr17, Cr20, Cr34, Cr38, Cr39, Cr59	Ansiedade, crises de ansiedade, ameaça de crise de pânico, pânico, TOC e ansiedade
Dificuldades escolares, atenção, desenvolvimento e investigação diagnóstica	Cr2, Cr3, Cr14, Cr16, Cr20, Cr22, Cr31, Cr33, Cr35, Cr36, Cr37, Cr49, Cr53, Cr55	Déficit de atenção, TDAH, dificuldades escolares, atraso na fala, investigação de TEA, dificuldades no desenvolvimento infantil

Eixo principal do motivo relatado	Casos relacionados	Exemplos de motivos registrados
Agressividade, oposição e comportamentos-problema	Cr3, Cr7, Cr16, Cr18, Cr22, Cr26, Cr36, Cr44	Mau comportamento na escola, agressividade, comportamentos-problema, brigas, crise com faca
Violência, trauma e bullying	Cr12, Cr19, Cr25, Cr44, Cr46	Abuso sexual, bullying, crise associada a sofrimento intenso
Autolesão, automutilação, tentativa de suicídio e risco	Cr45, Cr50, Cr51, Cr60	Tentativa de suicídio, automutilação, internação por tentativa de suicídio
Alucinações, delírios e sintomas psicóticos relatados	Cr26, Cr29, Cr36	Via vultos, ouvia vozes, alucinações, hipótese de esquizofrenia
Relações familiares, separação e conflitos familiares	Cr15, Cr24, Cr51	Separação dos pais, dificuldade no relacionamento com a mãe biológica, ciúmes do irmão
Motivo inespecífico, esquecido ou apenas encaminhamento	Cr11, Cr13, Cr18, Cr28, Cr30, Cr55	Informante não lembra, indicação da neurologista, encaminhamento do ambulatório de Psiquiatria

Nota - Os eixos não são mutuamente exclusivos, pois alguns casos apresentavam mais de uma demanda associada ao motivo da psicoterapia anterior. A organização foi realizada com finalidade descritiva e didática.

Observa-se, a partir das Tabelas 3 e 4, que parte expressiva das crianças e adolescentes já havia realizado psicoterapia antes da entrada no programa, com durações bastante variadas, desde atendimentos breves até acompanhamentos prolongados. Os motivos relatados foram diversos, incluindo dificuldades escolares, TDAH, ansiedade, crises de pânico, agressividade, bullying, abuso sexual, automutilação, tentativa de suicídio, alucinações, delírios e dificuldades no desenvolvimento. Esses dados indicam que muitos casos chegaram ao programa após trajetórias anteriores de cuidado, nem sempre suficientes para responder à complexidade das demandas apresentadas. Também se observa a presença de registros incompletos ou pouco precisos, o que reforça os limites da sistematização documental retrospectiva.

Os casos encerrados permaneceram em atendimento, em média, por 1 ano e 9 meses. A Figura 4 apresenta os motivos para encerramento do processo psicoterapêutico das crianças e adolescentes:

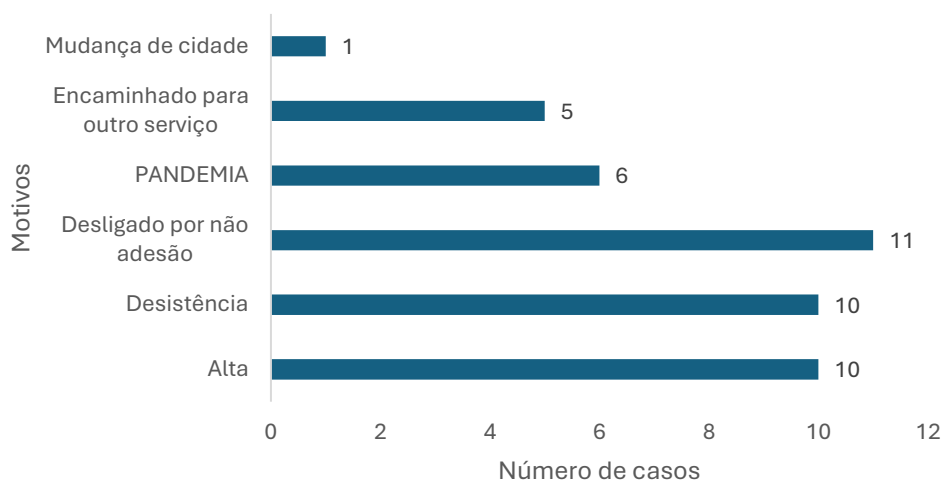


Figura 4 – Motivos de encerramento da psicoterapia.

A psicoterapia foi finalizada por alta, em 10 casos (Cr1, Cr2, Cr16, Cr26, Cr28, Cr29, Cr30, Cr35, Cr38 e Cr39), dos 43 casos já encerrados, ou seja, 23,3% dos casos tiveram melhora nas queixas que os trouxeram para psicoterapia, sendo possível considerar que não havia mais demandas a serem trabalhadas no momento.

Ainda, como se pode perceber na Figura 4, o principal motivo de encerramento do processo psicoterapêutico foi o desligamento por não adesão (25,6%). 11 casos foram encerrados com esse motivo (Cr3, Cr4, Cr5, Cr6, Cr8, Cr13, Cr21, Cr27, Cr34, Cr36 e Cr42). Aqui cabe explorar um pouco os motivos da não adesão. A psicoterapia infantil, de acordo com a abordagem analítico-comportamental, inclui indubitavelmente a orientação dos cuidadores (Marinotti, 2012). Na maioria dos casos, os pais ou cuidadores precisam se responsabilizar por alterações ambientais muito importantes para o andamento do caso e melhora no quadro geral das necessidades específicas das crianças e adolescentes atendidos. Considerando a população aqui atendida, as famílias apresentam, em sua maioria, bastante dificuldade em atender às orientações dos psicólogos.

Quando possível, esses cuidadores são indicados para atendimento individualizado para eles próprios além das crianças, com o objetivo de que, quando estivessem melhores em relação a si mesmos, tenham condições de atuar na melhora do ambiente e nas interações com aqueles de quem cuida. No entanto, muitas vezes, os pais não se responsabilizam por comparecer às sessões, trazer as crianças para o atendimento e/ou seguir as orientações dos psicoterapeutas. Nesses casos, a única possibilidade é o desligamento por não adesão. O mesmo pode ser verificado em relação à desistência (23,3%), que ocorre muitas vezes, pelos mesmos motivos já expostos. Anotados como desistência, foram encerrados os casos de Cr10, Cr15, Cr18, Cr19, Cr24, Cr25, Cr37, Cr40, Cr41 e Cr43, totalizando 10 casos.

Outro fator relevante foi a pandemia de COVID-19, que afetou especialmente os atendimentos no período de 2020 e 2021. O Conselho Federal de Psicologia (2020), por meio da Resolução CFP Nº 04/2020, permitiu a realização de serviço psicológico infantil com a mediação das TIC (Tecnologia de Informação e Comunicação), durante a pandemia, desde que consentido por um dos responsáveis legais da criança e que houvesse o estudo, pelos profissionais, da correspondente viabilidade técnica e tecnológica. No entanto, dadas as características da população, vários casos tiveram de ser suspensos. Optamos por manter orientação aos pais no período, contudo, muitos não contavam com celulares ou computadores possíveis de realizar sessões online, internet ou ainda, como todos estavam em casa, a privacidade necessária para um atendimento muitas vezes era totalmente inviável. Assim, nesse período, alguns atendimentos tiveram que ser suspensos e com a finalização do período de isolamento, não tiveram interesse em continuar o processo psicoterapêutico (13,9%). Os casos encerrados em virtude da pandemia foram 6: Cr9, Cr12, Cr14, Cr17, Cr20 e Cr23.

Foram encaminhados para outro serviço (11,63%) os casos em que, mesmo considerando todas as possibilidades de atendimento do programa, a demanda exigia outros serviços para atuação conjunta e acompanhamento mais próximo da comunidade das famílias. Três famílias foram especificamente encaminhadas para outros serviços: Cr31, Cr32 e Cr33, juntamente com sua cuidadora Cuid13; Cr7 e sua cuidadora Cuid4; e outro caso, Cr11, em que os cuidadores não foram atendidos em psicoterapia individual. Por fim, mudança de cidade foi o motivo de encerramento de um caso. Cr22, mudou-se com a família para local não abrangido pelo projeto, e por isso o atendimento foi encerrado.

Os casos ainda em andamento permanecem, em média de 2 anos e 5 meses em atendimento. O caso que está no projeto há mais tempo, permanece a 10 anos e 8 meses (Cr54), e o caso mais recente está conosco a 4 meses (Cr60).

Os cuidadores

Foram atendidos 19 cuidadores, 3 casos ainda em andamento e 16 casos encerrados. O total é de 350 sessões realizadas com os cuidadores. Em termos de localização, 14 cuidadores atendidos são da cidade de Londrina e 5 são da região metropolitana.

A idade média dos cuidadores é 38 anos e 1 mês, 10 tinham renda familiar de até 2 salários-mínimos, 8 com renda entre 2 e 5 salários-mínimos, e apenas um cuidador não informou a renda familiar. O Apêndice C apresenta a caracterização individual dos cuidadores.

A Tabela 5 apresenta uma síntese do perfil dos cuidadores atendidos pelo programa. Como se pode perceber, a maioria dos motivos apresentados para a psicoterapia refere-se a contribuir para o tratamento dos filhos, o que pode ser compreendido, uma vez que a porta de entrada foi o atendimento psiquiátrico das crianças e adolescentes. Ainda, na psicoterapia analítico-comportamental infantil é muito comum que os pais sejam parte atuante do processo terapêutico, por meio de orientações parentais e outras intervenções necessárias, isso pode ter contribuído para

que os cuidadores entendessem que a terapia oferecida a eles teria como objetivo a melhora do quadro da criança ou adolescente. É interessante considerar ainda, que após o início do processo, os pais foram convidados a reavaliar os seus objetivos, e compreender que a sua própria saúde psicológica era fundamental para um ambiente que pudesse proporcionar condições para o desenvolvimento da saúde mental daqueles de quem cuidavam. A média de tempo de permanência em atendimento dos cuidadores é de 1 ano e 2 meses.

Tabela 5 – Síntese do perfil dos cuidadores atendidos pelo programa

Dimensão analisada	Dados observados	Síntese interpretativa
Total de cuidadores atendidos	19 cuidadores	Os atendimentos aos cuidadores compuseram parte importante do programa, tanto para o cuidado familiar quanto para o manejo dos casos infantis e adolescentes.
Vínculo com a criança/adolescente	13 mães; 2 pais; 1 madrastra; 1 tia; 1 avó; 1 esposa do avô	A maioria dos cuidadores atendidos era composta por mulheres, indicando a centralidade feminina no cuidado cotidiano das crianças e adolescentes.
Escolaridade predominante	Maioria com Ensino Fundamental Incompleto	A baixa escolaridade aparece como uma variável associada à vulnerabilidade social das famílias atendidas.
Configuração familiar	Famílias nucleares, famílias recompostas, cuidadores extensos e responsáveis não parentais	Os casos evidenciam múltiplas configurações familiares, incluindo situações em que o cuidado é assumido por avós, tias, madrasas ou pela esposa do avô.
Cuidado compartilhado ou ampliado	Alguns cuidadores eram responsáveis por mais de uma criança/adolescente atendido	A sobrecarga de cuidado aparece como variável relevante, especialmente em famílias com mais de uma criança/adolescente em sofrimento psicológico ou tratamento psiquiátrico.
Situação conjugal	Casados(as), separados(as), união estável, viúvos(as) e divorciados(as)	A diversidade das situações conjugais ajuda a compreender a complexidade dos contextos familiares e das redes de apoio disponíveis.
Vulnerabilidades familiares	Baixa renda, baixa escolaridade, cuidado exercido predominantemente por mulheres, múltiplos filhos e familiares dependentes	Os dados reforçam que o sofrimento infantil/adolescente precisa ser compreendido em articulação com as condições concretas de vida dos cuidadores.

No panorama dos cuidadores atendidos em psicoterapia individual, tem-se 13 mães, 1 madrastra, 1 tia, 1 avó, 1 esposa do avô e 2 pais. Assim, tem-se 17 mulheres e apenas 2 homens, o que demonstra a característica cultural em ter como principal cuidador nas famílias, uma figura feminina. Na maioria dos casos, uma mulher que assume os cuidados rotineiros com a criança.

A escolaridade dos cuidadores é outro fator relevante. Do total, 13 (68,4%) apresentavam ensino fundamental incompleto, 2 (10,5%) ensino fundamental completo, 4 (21%) relataram ensino médio completo, 1 ensino médio incompleto (5,2%) e 1 ensino superior incompleto (5,2%). Esses dados apontam para uma população com baixa escolaridade, o que conflui com o entendimento de vulnerabilidade social.

Um dado interessante refere-se ao Cuid13. Essa mãe é responsável por Cr31, Cr32 e Cr35, mas ela informou apenas 2 filhos na triagem. O filho mais velho foi criado pela avó materna, e no momento das triagens, ela considerava como filhos dela apenas as duas crianças mais novas. Quando a avó ficou doente, e o filho mais velho começou

a ter problemas de relacionamento social, especialmente na escola, e apresentar comportamentos de agressividade, os tios convenceram a avó a entregar o adolescente de volta para a mãe biológica, sua filha. Assim, ao longo do atendimento, a Cuid13 foi a responsável por duas crianças e um adolescente.

Considerando as informações referentes aos cuidadores ainda, 12 deles já haviam realizado algum processo psicoterapêutico anterior. A Tabela 6 apresenta a duração dos atendimentos anteriores, enquanto a Tabela 7 organiza os motivos relatados em eixos predominantes. O Apêndice D apresenta os dados individuais dos cuidadores em relação aos processos psicoterapêuticos anteriores.

Tabela 6 - Duração da psicoterapia anterior dos cuidadores atendidos

Duração informada	Cuidadores	Número de casos
Até 3 meses	Cuid6, Cuid17	2
Entre 4 meses e 1 ano	Cuid7, Cuid9, Cuid11	3
Entre 1 ano e 1 mês e 2 anos	Cuid1, Cuid15	2
4 anos ou mais	Cuid19	1
Não lembra / não informado	Cuid2, Cuid5, Cuid13, Cuid16	4
Total		12

Nota - Foram considerados apenas os cuidadores que relataram experiência psicoterapêutica anterior. As categorias foram agrupadas para facilitar a visualização dos dados no capítulo.

É interessante perceber, por meio da Tabela 6, que os processos tiveram duração variável, sendo o mais curto de 3 semanas e o mais longo de 4 anos, e 4 cuidadores não se lembravam por quanto tempo estiveram em terapia, e um deles não se lembrava nem mesmo o motivo pelo qual esteve em psicoterapia.

Tabela 7 - Motivos relatados para psicoterapia anterior dos cuidadores

Eixo principal do motivo relatado	Cuidadores relacionados	Exemplos de motivos registrados
Sofrimento psicológico, ansiedade e desregulação emocional	Cuid1, Cuid11, Cuid13, Cuid15, Cuid16	Depressão pós-parto, ansiedade, ouvir vozes, descontrole emocional e sofrimento pessoal
Demandas relacionadas aos filhos ou ao diagnóstico dos filhos	Cuid6, Cuid9, Cuid19	Terapia familiar por conta da filha, composição do diagnóstico de autismo do filho, implicações familiares decorrentes do diagnóstico
Luto e eventos de vida significativos	Cuid7	Luto pelo falecimento do marido
Encaminhamento jurídico ou institucional	Cuid2	Encaminhamento da promotoria jurídica
Busca por qualidade de vida e reorganização pessoal/familiar	Cuid19	Melhorar a qualidade de vida e lidar com implicações pessoais e matrimoniais relacionadas ao diagnóstico do filho
Motivo inespecífico, esquecido ou pouco detalhado	Cuid5, Cuid17	Não lembra; indicação de amiga

Nota - Os eixos não são mutuamente exclusivos, pois alguns cuidadores apresentaram motivos que poderiam ser compreendidos em mais de uma categoria. A organização foi realizada com finalidade descritiva e didática.

Observa-se que parte dos cuidadores já havia buscado atendimento psicológico antes de sua entrada no programa. Os motivos expostos foram aqueles informados no momento da triagem e expressam as impressões dos cuidadores sobre o porquê estiveram em processo terapêutico anterior. Tais motivos foram bastante variados, sendo a maioria descrita como ansiedade, depressão, depressão pós-parto, luto, dificuldades familiares, ouvir vozes, “descontrole” e questões relacionadas ao diagnóstico dos filhos, além de encaminhamentos institucionais (por exemplo, o caso encaminhado pela promotoria, o que já evidencia questões na área jurídica).

Esses dados indicam que o sofrimento psicológico dos cuidadores antecedia, em muitos casos, o acompanhamento atual e compunha o contexto no qual as crianças e adolescentes se desenvolviam. Assim, o cuidado oferecido pelo programa não se restringiu às demandas infantis ou adolescentes, mas também considerou as histórias, vulnerabilidades e repertórios dos adultos responsáveis pelo cuidado cotidiano.

Considerando o processo terapêutico atual, 16 casos foram encerrados. Os principais motivos do encerramento foram a desistência e o desligamento por não adesão, que somam 7 casos. A pandemia, ou seja, casos que foram suspensos por ocasião da pandemia por não terem como manter o atendimento on-line por falta de recursos tecnológicos suficientes para tanto, foram 5. Após o término da pandemia, os cuidadores não quiseram retomar o processo. 2 casos foram encaminhados para outros serviços, especialmente porque os filhos foram encaminhados e entendeu-se importante o acompanhamento da família nos mesmos serviços dos filhos. E, por fim, 2 casos tiveram alta por terem percebido que suas queixas haviam sido resolvidas.

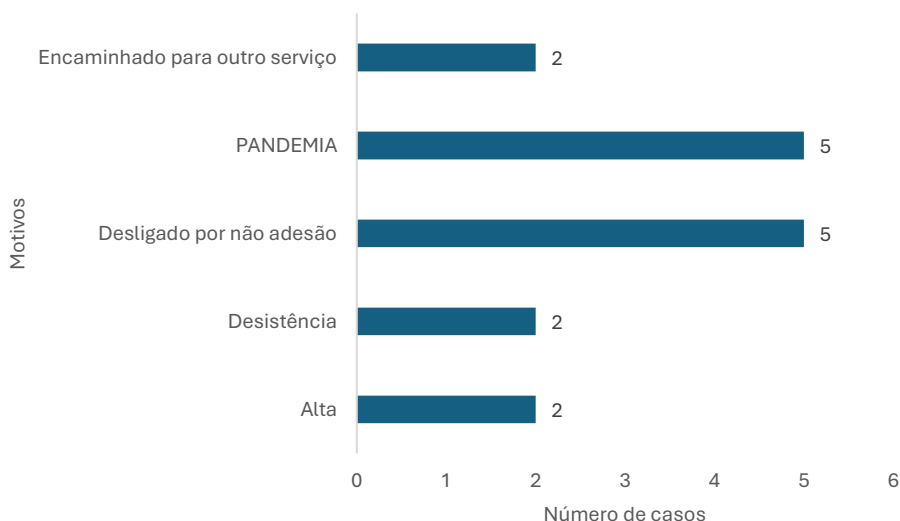


Figura 5 – Motivos de encerramento da psicoterapia para os cuidadores.

A Figura 5 demonstra que o número de altas é pequeno, os casos apresentam baixa rotatividade, ou seja, as famílias permanecem em atendimento por bastante tempo quando aderem ao tratamento. Isso implica dizer que os casos são de complexidade singular, em contextos de grande vulnerabilidade social e múltiplas violências, que interferem no desenvolvimento infantil e na saúde mental e na qualidade de vida das famílias de modo basal. Considerando essas variáveis, passaremos a entender um pouco do contexto de vulnerabilidade das famílias aqui estudadas nos próximos capítulos.

Por fim...

Ao longo dos anos, o projeto recebeu apoio por meio de bolsas para os estudantes, financiadas por agências de fomento com parceria vinculada à Universidade Estadual de Londrina. Esse apoio contribuiu para a viabilização do projeto, para a formação dos estudantes e para o desenvolvimento profissional da equipe. As bolsas permitiram uma dedicação mais intensa dos estudantes, facilitando uma experiência prática valiosa e contribuindo para a excelência acadêmica e da prestação de serviço.

A formação profissional dos estudantes de graduação em Psicologia e dos residentes em Psiquiatria é objetivo do programa de extensão, para além do atendimento e resultados relacionados às famílias que fazem uso do serviço. A interação entre as áreas de atuação, com respeito mútuo e a compreensão de como as áreas podem ser complementares e necessárias ao tratamento das pessoas atendidas é um ponto crucial da formação desses profissionais.

Referências

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Conselho Federal de Psicologia. (2020). *Resolução CFP nº 04, de 26 de março de 2020: Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de tecnologia da informação e da comunicação durante a pandemia do COVID-19.*

<https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19>

Garcia, M. E. F., & Fornazari, S. A. (2024). Negligência como variável relevante no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na infância: Revisão de literatura. In J. C. Luzia, S.

C. Murari, S. R. de Souza, & V. B. Haydu (Orgs.), *Psicologia e análise do comportamento: Aplicações à educação e saúde* (pp. 85–96). Ed. dos Autores.

Marinotti, M. (2012). A importância da participação da família na clínica analítico-comportamental infantil. In N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 251–258). Artmed.

Skinner, B. F. (1981). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, Trans.; 2ª ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).

Apêndice A – Caracterização clínica inicial das crianças e adolescentes atendidos pelo programa

	Queixa Inicial	Sintomas Físicos	Hipóteses Diagnósticas Iniciais - AEHU-Uel
Cr1	Agitação e tiques motores	Nenhum	Síndrome de Tourette e TDAH
Cr2	Ansiedade e TDAH	Nenhum	Ansiedade e TDAH
Cr3	TDAH	Nenhum	TDAH
Cr4	Dificuldade de aprendizagem, desatenção, ansiedade, insegurança, timidez.	Tonturas e dores de cabeça	Alteração no Sistema Nervoso, Transtorno de Ansiedade
Cr5	Agressividade e autolesão, déficit no repertório de socialização.	Doença de Crohn e um episódio de AVC	Em estudo
Cr6	Tonturas que perduram por dias, agorafobia e depressão	Taquicardia, falta de ar, dores musculares, dor de cabeça e vertigem	Vertigem Posicional Fóbica, Síndrome do Pânico
Cr7	Agressividade, separação dos pais	Dores no ouvido, desmaios	TDAH, Transtorno de conduta
Cr8	Agressividade e suspeita de TDAH	Constipação intestinal, "bebê chiador"	TDAH
Cr9	Não consegue ficar sozinha, quando quer alguma coisa fica nervosa e vomita, agressividade	Vômito	Ansiedade de Separação.
Cr10	Ansiedade e vômitos	Nenhum	Nenhuma
Cr11	TDAH, inquietação e comportamentos infantilizados	Nenhum	TDAH
Cr12	Agressividade, comportamentos compulsivos e obsessivos, brigas na escola, sono agitado, dificuldade de concentração.	Dermatite atópica, dor de barriga e dor de cabeça	Episódio depressivo, TOC, TOD e TDAH
Cr13	Abuso sexual, depressão, ansiedade de separação e encoprese.	Dor de cabeça, asma, problema renal, dermatite atópica	Depressão e Ansiedade de separação
Cr14	Ansiedade, dificuldades de aprendizagem, comportamento infantilizado, não consegue terminar as atividades.	Nenhum	TDAH e TGD
Cr15	Teimosia e comportamentos agressivos.	Febre reumática, "furos no coração"	TOD e TDAH
Cr16	Dificuldade de concentração, dificuldade de interação social, sofre bullying, rigidez e inflexibilidade, comportamentos obsessivos.	Nenhum	TOC, TDAH
Cr17	Ansiedade e alta autocobrança, dificuldade de interação com pares, timidez, "ideias estranhas", humor deprimido, medo de barulhos.	Dores no ouvido, desmaios	TDAH e Transtorno de Ansiedade
Cr18	Ansiedade, agressividade, vício no celular/jogos e problemas na escola.	Convulsões, sudorese, ânsia de vômito	Transtorno opositor desafiante e ansiedade, tentativa de suicídio
Cr19	Abuso sexual. Irritação e agressividade, autolesão, crises de dissociação, encoprese e hipersexualização.	Dores de barriga	Transtorno de Estresse Pós-Traumático e possibilidade de desenvolvimento de transtorno de personalidade

	Queixa Inicial	Sintomas Físicos	Hipóteses Diagnósticas iniciais - AEHU-UEL
Cr20	Medo de morrer ao comer algo que dê alergia e medo de contaminação, não está indo à escola, dermatite atópica grave, asma, e alergia à proteína do leite	Dermatite atópica	Episódio depressivo moderado e sintomas de TOC
Cr21	Diagnóstico de TEPT e Depressão, decorrentes de episódios de bullying e violência na escola.	Nenhum	Depressão e TEPT
Cr22	Comportamento agressivo na escola, e atraso no desenvolvimento global	Nenhum	TDAH, hipótese de TEA
Cr23	Diabetes emocional, separação dos pais	Refluxo	Transtorno de Ansiedade e Compulsão alimentar
Cr24	Abuso sexual e dificuldades nas relações familiares	Encoprese, Crises de ansiedade; falta de ar, tremores e taquicardia	Transtorno de Ansiedade
Cr25	Comportamentos desafiadores em casa, e abuso sexual.	Encoprese	Esquizofrenia e TEPT
Cr26	Falta de higiene e agressividade em contextos específicos	Crises de vômito, tontura e dor de cabeça	TDAH
Cr27	Agressividade com pessoas e animais, dificuldade de relacionamento interpessoal, principalmente no âmbito familiar	Dedos das mãos "travados", sem movimento; pé travado	TOD, Depressão e Transtorno bipolar
Cr28	Agressividade, teimosia, não aceitar a opinião dos outros, episódios de autolesão	Nenhum	TOD
Cr29	Alucinações, dificuldades para dormir, sobrepeso, compulsão alimentar, tremores, dificuldades de aprendizagem, medos e depressão	Nenhum	Transtorno de ansiedade de separação
Cr30	Compulsão alimentar, ansiedade, timidez, episódios de automutilação, baixa autoestima	Dor de cabeça, asma, problema renal, dermatite atópica, formigamento, taquicardia, boca seca, vontade de comer	Fobia social, Transtorno de ansiedade e Compulsão alimentar.
Cr31	Comportamento opositor, ansiedade constante e dificuldades no contexto escolar	Nenhum	TDAH, Ansiedade, TOD e TEA
Cr32	Alucinações, delírios e agressividade	Nenhum	TEA, TDAH e Transtorno de Personalidade Cluster A
Cr33	Agressividade e atraso no desenvolvimento	Nenhum	TEA
Cr34	Crises de ansiedade, crises de choro e riso incontroláveis e sem motivo aparente, autolesão, tentativa de suicídio e automutilação.	"Aperto no peito", falta de ar	Transtorno de Ansiedade, Fobia social e Episódio depressivo grave
Cr35	Agitação e nervosismo exagerado	Nenhum	Nenhum
Cr36	Impulsividade e TDAH	Nenhum	TEPT, TDAH e DI (deficiência intelectual)
Cr37	Agitação e falta de concentração	Asma	TDAH e sintomas ansiosos
Cr38	Pequenos furtos em casa, ansiedade	Tonturas e dores de cabeça	Transtorno de ansiedade
Cr39	Dificuldade de aprendizagem, desatenção, ansiedade, insegurança, timidez.	Intestino constipado	Ansiedade de Separação

	Queixa Inicial	Sintomas Físicos	Hipóteses Diagnósticas iniciais - AEHU-UEL
Cr40	Nervoso e agitado, tímido e comportamentos infantilizados	Diarreia, histórico de AVC	TDAH
Cr41	Agressividade em casa e na escola, dificuldades no desempenho escolar, baixa tolerância à frustração, birra.	Nenhum	TDAH e TOD
Cr42	Luto e perdas (suicídio do irmão)	Pensamentos suicidas	Nenhum
Cr43	Tentativa de suicídio após suicídio de um tio. Ansiedade, ver vultos, ouvir vozes e referir dificuldade em ir ou manter-se na escola.	Elevação de batimentos cardíacos, falta de ar. Ver vultos e ouvir vozes.	Nenhum
Cr44	Automutilação; dificuldade nas relações sociais; compulsão alimentar, tentativa de suicídio.	Palpitação, boca seca, suor frio.	Depressão
Cr45	Dificuldade nas interações sociais; sintomas depressivos; tentativa de suicídio.	Tremores	Não consta.
Cr46	Tentativas de suicídio, pensamentos tristes, irritação, agressividade e tricotilomania	Sono e dores pelo corpo	Transtorno de Ansiedade e Depressão
Cr47	Dificuldades de interação social	Nenhum	Fobia social e TDAH
Cr48	Déficit intelectual	Nenhum	Déficit intelectual e em habilidades sociais
Cr49	Dificuldades escolares e de interação social	Ouvido "tampado"	Dificuldade de aprendizagem, Déficit intelectual e Fobia social
Cr50	Autolesão, muito medo de ir a "lugares" e ficar sozinha, vê pessoas que já morreram, tem sonhos "de revelação" e <i>Bullying</i> na escola	Nenhum	TDAH, depressão e ansiedade
Cr51	Ciúmes e dificuldades relacionadas a alimentação	Coceira e dor nas articulações	Depressão, Transtorno de ansiedade e Fobia social
Cr52	Agitação e desatenção na escola	Ansiedade e apetite acentuado	TDAH e Transtorno Bipolar
Cr53	Dificuldades na interação social, mutismo seletivo, interesses restritos	Manchas no corpo	Transtorno Bipolar e TEA
Cr54	Autonomia e desenvolvimento	Nenhum	TEA
Cr55	Bipolaridade, epilepsia e ansiedade	Ansiedade e inquietação	Transtorno Bipolar, Epilepsia, possível ansiedade
Cr56	Déficit intelectual, comportamentos agressivos com familiares, dificuldade de relacionamento com a mãe, déficit nas habilidades sociais	Dificuldade de coordenação motora grossa e fina; tremores; dificuldade na fala (baixa).	Deficiência intelectual
Cr57	Tentativa de suicídio; dificuldade nas habilidades sociais e relacionamentos interpessoais.	Nenhum	Transtorno de Conduta
Cr58	Alucinações, delírios e agressividade	Falar com as paredes	TEA e TDAH, em surto psicótico
Cr59	Vomitou depois de comer, ansiedade e comportamentos obsessivos e compulsivos	Alergia dermatológica	TOC, Bulimia e ansiedade

	Queixa Inicial	Sintomas Físicos	Hipóteses Diagnósticas iniciais - AEHU-UEL
Cr60	Após a morte do avô dizia que queria morrer junto com ele, teve afasia e voltou a falar depois de meses. Surtos de raiva direcionada a homens e na escola com colegas. Abusos sexuais ao longo da infância e adolescência.	Passou mal depois do enterro do avô, com febre, dor na perna e delírios.	Não consta

Apêndice B – Informações sobre psicoterapia anterior, considerando tempo e motivo.

	Duração	Motivo
Cr2	4 anos	Déficit de atenção
Cr3	6 meses	Por mau comportamento na escola
Cr4	2 anos	Ansiedade, acompanhante na escola, ameaça de crise de pânico
Cr7	1 ano	Agressividade;
Cr9	1 ano	Crises de ansiedade
Cr11	Não lembra	Não lembra
Cr12	5 anos	Dermatite atópica e abuso sexual
Cr13	Não lembra	Não lembra
Cr14	4 anos	TDAH e TGD
Cr15	5 anos	Separação dos pais
Cr16	1 ano	Mal comportamento na escola
Cr17	3 anos	durante 3 anos, no CAPS; motivo pânico
Cr18	1 ano	Indicação da neurologista;
Cr19	8 meses	Abuso sexual.
Cr20	1 ano	Não queria estudar, acionamento do conselho tutelar e depressão
Cr22	10 meses	Muito agitado e comportamentos problema
Cr24	3 anos	Dificuldade no relacionamento com a mãe biológica
Cr25	1 ano e 6 meses	Abuso sexual
Cr26	5 anos	Via vultos, ouvia vozes, brigava muito, não brincava com colegas, muito agressivo
Cr28	2 anos	Informante não lembra
Cr29	2 anos	Alucinações
Cr30	4 anos	Informante não lembra
Cr31	2 anos	Investigar TEA
Cr33	7 anos	Atraso na fala e agitação
Cr34	1 mês	durante um mês; por crise de choro e ansiedade
Cr35	1 ano	Avaliação de TDAH
Cr36	2 anos	TOD, DI e esquizofrenia
Cr37	Não lembra	TDAH
Cr38	Não lembra	Ansiedade
Cr39	2 anos	Ansiedade e ameaça de crise de pânico
Cr44	1 ano	Bullying e crise (cortou cabelo e roupas com faca)
Cr45	10 sessões	Tentativa de suicídio.
Cr46	1 ano	Abuso sexual

	Duração	Motivo
Cr49	1 ano	Dificuldades na escola, encaminhamento do AEHU.
Cr50	5 meses	Automutilação
Cr51	4 anos	Ciúmes do irmão e automutilação
Cr53	Não lembra	Dificuldades no desenvolvimento infantil
Cr55	Não lembra	Encaminhamento do ambulatório de Psiquiatria
Cr59	2 anos	TOC e ansiedade.
Cr60	2 anos	Internação no HU por tentativa de suicídio

Apêndice C – Caracterização dos cuidadores atendidos pelo programa

	Queixa Inicial	Sintomas Físicos	Medicamentos na Data Da Triagem
Cuid1	Querer saber seus "erros", queria voltar a ser a pessoa que era antes de se casar e ser feliz, já que não era.	Muita dor de cabeça	Nenhum
Cuid2	Contribuir para o tratamento da enteada	Nenhum	Nenhum
Cuid3	Estresse, insônia, comportamentos agressivos e compulsivos, ideações e tentativas de suicídio	Dor de cabeça e abdominal	Nenhum
Cuid4	Contribuir para o tratamento da criança	Não consta	Não consta
Cuid5	Contribuir para o tratamento da criança	Desânimo, taquicardia e náusea	Fluoxetina
Cuid6	Contribuir para o tratamento da criança	Dormência nos braços e pernas, dor do corpo, falta de ar relacionada ao estresse e ansiedade	Nenhum
Cuid7	Contribuir para o tratamento da criança	Dor no corpo, calorão, dor de cabeça, tontura e tique	Cloridrato de amitriptilina
Cuid8	Contribuir para o tratamento da criança	Dor no corpo e dor de cabeça	Nenhum
Cuid9	Sobrecarga por conta do trabalho e cuidados do filho com diagnóstico de autismo.	Nenhum	Nenhum
Cuid10	Contribuir para o tratamento da criança	Nenhum	Carbamazepina e Amitriptilina
Cuid11	Contribuir para o tratamento da criança	Nenhum	Fluoxetina, Amitriptilina e Enalapril
Cuid12	Difícil administração da situação da filha, não recebe apoio do marido	Taquicardia, sente o corpo adormecido	Toma para pressão e colesterol (não lembra quais)
Cuid13	Suporte e cuidado dos filhos	Nenhum	Fluoxetina, Clonazepam e Nortriptilina
Cuid14	Dificuldade de relacionamento com os filhos	Nenhum	Puran e Pietra
Cuid15	Se sente invalidada na sua família e abandonada pelo ex-companheiro.	Dor na coluna, no ombro e nas pernas, palpitação, tontura.	Nenhum
Cuid16	Estabelecimento de um ambiente familiar mais saudável e aumentar a sensibilidade às demandas do filho.	Diversos problemas de saúde e dor no joelho	Nenhum
Cuid17	Desânimo e exaustão gerados pelo trabalho	Enxaqueca, fadiga e dor nas costas	Nenhum
Cuid18	Dificuldade na comunicação familiar e sensibilidade com as demandas da filha	Dores de cabeça e cansaço	Nenhum
Cuid19	Buscar melhorar a qualidade de vida, descoberta do autismo no segundo filho e as implicações na vida pessoal e matrimonial	Nenhum	Sertralina e Trazodona

Apêndice D – Dados referentes a processos psicoterapêuticos realizados anteriormente.

	Tempo	Motivo
Cuid1	2 anos	Depressão pós-parto e AVC
Cuid2	Não lembra	Encaminhamento da promotoria jurídica
Cuid5	Não lembra	Não lembra
Cuid6	3 meses	Terapia familiar por conta da filha
Cuid7	1 ano	Luto pelo falecimento do marido
Cuid9	8 meses	Compor o diagnóstico de autismo do filho
Cuid11	1 ano	Ansiedade
Cuid13	Não lembra	Ansiedade
Cuid15	2 anos	Ansiedade
Cuid16	Não lembra	Ouvia vozes e se descontrolava
Cuid17	3 semanas	Amiga disse que precisava
Cuid19	4 anos	Melhorar a qualidade de vida, descoberta do autismo no segundo filho e as implicações na vida pessoal e matrimonial

CAPÍTULO 2

ENTRE SINTOMAS, HISTÓRIAS E CONTEXTOS: PSICOLOGIA E PSIQUIATRIA EM DIÁLOGO.

*BETWEEN SYMPTOMS, LIFE STORIES, AND CONTEXTS: PSYCHOLOGY AND
PSYCHIATRY IN DIALOGUE*

Daniela Monteiro da Silva
Gustavo Foz Fonseca
Gabriela Gonçalves Tassi
Giulia Gabriela Alves Ramos
Luísa Manfredin Vila
Sílvia Aparecida Fornazari

Resumo

Este capítulo tem como objetivo discutir as possibilidades de diálogo entre Psicologia e Psiquiatria no cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psicológico, destacando a complementaridade entre avaliação diagnóstica, tratamento farmacológico, análise funcional e intervenção psicoterapêutica. O método adotado foi uma discussão teórico-clínica, fundamentada em literatura da Análise do Comportamento, da Psicopatologia e da Psiquiatria, articulada à apresentação de um caso clínico acompanhado em projeto de extensão universitária. Os resultados indicaram que, embora Psicologia e Psiquiatria partam de tradições distintas, sua atuação conjunta permite ampliar a compreensão dos casos, especialmente quando sintomas, diagnósticos, histórias de vida, contingências ambientais e repertórios familiares são analisados de forma integrada. O caso apresentado ilustra como o acompanhamento psiquiátrico, incluindo ajustes medicamentosos, e a intervenção psicológica, baseada em análise funcional, reforçamento e desenvolvimento de repertórios, contribuíram para avanços no seguimento de instruções, permanência em atividade, comunicação funcional e qualidade de vida. Discute-se que o cuidado interdisciplinar favorece intervenções mais contextualizadas e efetivas, embora ainda existam desafios institucionais, como dificuldades de agenda, comunicação entre equipes, adesão ao tratamento e articulação contínua entre profissionais, familiares e serviços.

Palavras-chave: Psicologia; Psiquiatria; Análise do Comportamento; Transtornos Psiquiátricos na infância; interdisciplinaridade.

Abstract

This chapter aims to discuss the possibilities of dialogue between Psychology and Psychiatry in the care of children and adolescents experiencing psychological distress, highlighting the complementarity between diagnostic assessment, pharmacological treatment, functional analysis, and psychotherapeutic intervention. The method adopted consisted of a theoretical-clinical discussion grounded in literature from Behavior Analysis, Psychopathology, and Psychiatry, articulated through the presentation of a clinical case conducted within a university extension program. The results indicated that, although Psychology and Psychiatry originate from different traditions, their integrated practice broadens case understanding, especially when symptoms, diagnoses, life histories, environmental contingencies, and family repertoires are analyzed in an integrated manner. The case presented illustrates how psychiatric follow-up, including medication adjustments, and psychological intervention based on functional analysis, reinforcement, and repertoire development contributed to improvements in instruction following, task engagement, functional communication, and quality of life. The discussion emphasizes that interdisciplinary care supports more contextualized and effective interventions, although institutional challenges remain, such as scheduling difficulties, communication among teams, treatment adherence, and continuous coordination among professionals, families, and services.

Keywords: *Psychology; Psychiatry; Behavior Analysis; childhood psychiatric disorders; interdisciplinarity.*

Os transtornos psiquiátricos podem ser compreendidos como condições caracterizadas por alterações significativas no pensamento, no humor e/ou no comportamento, produzindo sofrimento e prejuízos funcionais em diferentes áreas da vida. Para a pessoa diagnosticada, esses transtornos podem representar desafios importantes, afetando a qualidade de vida, as relações sociais, a autonomia e o desempenho em atividades cotidianas. Esse impacto frequentemente se estende aos familiares e cuidadores, que também vivenciam dificuldades emocionais, práticas e relacionais diante do sofrimento de um ente querido.

Nesse cenário, a Psicologia e a Psiquiatria constituem campos fundamentais no cuidado em saúde mental. Embora partam de tradições teóricas, metodológicas e clínicas distintas, ambas se voltam para a compreensão e a intervenção sobre o sofrimento humano. O tratamento psicológico, muitas vezes integrado ao tratamento psiquiátrico, busca favorecer mudanças em comportamentos (pensamentos, emoções e formas de interação), ao mesmo tempo em que pode oferecer suporte aos familiares, ampliando a compreensão sobre o caso e contribuindo para a construção de um ambiente mais funcional e acolhedor.

Na perspectiva da Análise do Comportamento, os comportamentos chamados de “psicopatológicos” ou “anormais” podem ser entendidos como comportamentos que ocorrem em frequência, intensidade ou contexto considerados problemáticos, produzindo sofrimento, prejuízo funcional ou reações emocionais intensas. Essa compreensão desloca o foco de explicações centradas em entidades internas hipotéticas para a análise das relações entre comportamento e ambiente (Skinner, 1974/2006).

Skinner (1989/1995) apontou que comportamentos desviantes não seriam causados por sentimentos ou estados mentais perturbadores, mas por contingências perturbadoras, passíveis de análise e modificação. Assim, a psicopatologia pode ser compreendida em termos de excessos e déficits comportamentais, multideterminados por variáveis filogenéticas, ontogenéticas e culturais, como qualquer outro comportamento humano (Ullmann & Krasner, 1969; Gongora, 2003; Costa et al., 2018).

Psicologia, Análise do Comportamento e Psicoterapia Analítico Comportamental

Ao longo da história, diferentes áreas do conhecimento buscaram explicar o comportamento humano. A Filosofia, a Sociologia, a Antropologia, as Neurociências, a Genética e a Etologia, entre outras, procuraram responder, por diferentes caminhos, à pergunta: por que alguém se comporta da forma como se comporta? Mais recentemente, a Psicologia e a Psiquiatria passaram a se constituir como campos voltados não apenas à compreensão do comportamento e do sofrimento humano, mas também à intervenção e à promoção de saúde.

Embora questões sobre mente e comportamento já estivessem presentes desde a Antiguidade, especialmente nas reflexões de Sócrates, Platão e Aristóteles, o nascimento da Psicologia como ciência costuma ser associado à fundação do primeiro laboratório de Psicologia Experimental, criado por Wilhelm Wundt, em 1879, na Universidade de Leipzig, na Alemanha. Desde seus primeiros anos, entretanto, a Psicologia foi marcada por diferentes sistemas teóricos e metodológicos, muitas vezes opostos entre si, configurando o que Figueiredo (2014) descreve como uma “crise permanente”.

No século XIX, surgiram escolas que dialogavam ou se contrapunham à proposta de Wundt, como o estruturalismo de Edward Titchener, o funcionalismo de William James e a psicanálise de Sigmund Freud. No século XX, essa pluralidade se ampliou, com a consolidação de diferentes abordagens psicológicas sustentadas por distintas concepções de ser humano, ciência e clínica (Figueiredo, 2014).

Nesse contexto, a Análise Experimental do Comportamento desenvolveu-se a partir das contribuições de pesquisadores como Ivan Pavlov, John B. Watson e, sobretudo, B. F. Skinner. Seu diferencial esteve na ênfase sobre o estudo de processos comportamentais observáveis, passíveis de descrição, previsão e controle, com destaque para as relações entre respostas do organismo e estímulos do ambiente.

Paralelamente à consolidação da Análise Experimental do Comportamento, Skinner propôs o Behaviorismo Radical como filosofia da ciência. A partir de uma perspectiva pragmática e funcionalista, o Behaviorismo Radical compreende o comportamento humano como produto de relações complexas entre três níveis de seleção por consequências: o filogenético, relacionado à história evolutiva da espécie; o ontogenético, referente à história individual de cada sujeito; e o cultural, ligado às práticas sociais desenvolvidas pelos grupos humanos (Skinner, 1974/2006, 1981).

Os princípios derivados da pesquisa básica em Análise Experimental do Comportamento e as compreensões filosóficas do Behaviorismo Radical fundamentaram o desenvolvimento da Análise do Comportamento Aplicada. No campo clínico, esses fundamentos contribuíram para a construção de estratégias de

intervenção voltadas à modificação de contingências e ao desenvolvimento de repertórios comportamentais mais adaptativos.

A Terapia Analítico-Comportamental tem como um de seus objetivos centrais realizar a análise funcional dos comportamentos considerados problemáticos. Essa análise busca identificar as contingências associadas ao comportamento-alvo, compreendendo em que situações ele ocorre, quais eventos o antecedem e quais consequências o mantêm. A atuação do psicólogo concentra-se, portanto, no que o cliente faz, em quais contextos o faz e de que maneira outras pessoas respondem antes e depois de determinados comportamentos (Cooper et al., 1987; Fornazari et al., 2018).

No atendimento infantil, a psicoterapia analítico-comportamental tem como um de seus pilares a orientação parental. A capacitação de pais e cuidadores visa favorecer o desenvolvimento de habilidades que contribuam para a construção de repertórios mais adaptativos nas crianças, independentemente das dificuldades apresentadas. A literatura das ciências do comportamento indica a relevância desse trabalho, especialmente no manejo de problemas de comportamento, comportamento opositor e agressividade (Marinho, 1999; Ferreira & Marturano, 2002; Freitas et al., 2007; Fornazari, 2009; Moura, 2007).

Essas habilidades parentais envolvem não apenas a redução de comportamentos considerados inadequados, mas também a identificação, instalação, manutenção e generalização de comportamentos desejáveis. Como afirmam Freitas et al. (2007), os pais precisam aprender a transformar eventos e demandas do cotidiano em momentos de educação efetiva, e não apenas de controle de comportamentos desadaptados.

Considerando as características dos atendimentos realizados em clínicas-escola de Psicologia e ambulatorios de Psiquiatria, geralmente marcados por alta demanda e longas filas de espera, intervenções que apoiem o tratamento individualizado tornam-se especialmente relevantes. O atendimento às demandas dos pais e cuidadores pode favorecer a adesão ao tratamento e contribuir para resultados positivos em menor tempo.

Psiquiatria: história, diagnóstico e intervenção

O desenvolvimento da Psiquiatria ocorreu de modo distinto daquele da Psicologia. Registros históricos sobre transtornos mentais, com descrições sugestivas de quadros como psicopatia e melancolia, remontam à antiga Babilônia, por volta de 3500 a.C. Durante o período medieval, os transtornos mentais foram frequentemente associados à ira divina e ao pecado, o que levou muitas pessoas em sofrimento psicológico à perseguição, exclusão e, em alguns contextos, à execução.

Com o Iluminismo, no século XVIII, as doenças mentais passaram gradualmente a ser abordadas sob uma perspectiva científica, e as pessoas acometidas por esses quadros passaram a ser consideradas pacientes, com necessidade de cuidado médico e respeito (Humes et al., 2021). A partir desse período, a Psiquiatria foi marcada por importantes transformações na forma de compreender, diagnosticar e tratar os transtornos mentais.

Philippe Pinel (1745–1826), médico francês considerado um dos pais da Psiquiatria, contribuiu para transformar o hospital em um espaço de cuidado médico e

mais humanizado. Pinel adotou o termo “alienação mental”, que, em linguagem contemporânea, aproxima-se dos transtornos de ordem psicótica. Posteriormente, Emil Kraepelin (1856–1926), médico alemão, teve papel central na organização da observação clínica e da experimentação científica com o objetivo de compreender melhor os transtornos mentais (Humes et al., 2021).

Durante a Segunda Guerra Mundial, a presença de sintomas psiquiátricos em soldados evidenciou a necessidade de maior padronização diagnóstica. Nesse contexto, foi criado o Medical 203, manual utilizado para estabelecer diagnósticos no ambiente militar. Após a guerra, muitos psiquiatras continuaram utilizando esse material. Em 1949, a sexta versão da Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte, da Organização Mundial da Saúde, foi a primeira a incluir os transtornos mentais. Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria publicou o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, com o objetivo de substituir o manual militar. As versões posteriores do DSM, especialmente a partir do DSM-III, tornaram-se referências mundiais para o diagnóstico em saúde mental (Humes et al., 2021; Nardi et al., 2021).

A adoção de critérios diagnósticos representou uma mudança significativa no campo psiquiátrico. Segundo Meleiro (2018), esses critérios uniformizam a linguagem médico-científica e possibilitam o intercâmbio de informações entre profissionais e pesquisadores. Idealmente, tais critérios devem apresentar confiabilidade, permitindo que diferentes avaliadores cheguem a conclusões semelhantes diante de um mesmo caso.

A Psiquiatria contemporânea fundamenta-se, em grande medida, na Psicopatologia. Cheniaux (2020) destaca que a Psiquiatria é uma especialidade médica, e não uma ciência em si mesma, tendo como base a Psicopatologia e utilizando conhecimentos de outras disciplinas científicas. A Psicopatologia, por sua vez, dedica-se ao estudo do adoecimento mental, incluindo suas causas, formas de manifestação, alterações funcionais e estruturais relacionadas e métodos de investigação. Dalgallarrondo (2019) define-a como o conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano.

Durante o acompanhamento psiquiátrico, a entrevista clínica é fundamental para a formulação diagnóstica, o estabelecimento do prognóstico, o planejamento terapêutico e a construção do vínculo entre psiquiatra e paciente. Para que a entrevista seja adequada, é importante que ocorra em ambiente favorável, preferencialmente reservado, com o mínimo possível de interrupções. O médico deve apresentar-se, explicar os objetivos da entrevista e certificar-se de que o paciente compreende as perguntas realizadas. Quando o paciente não consegue fornecer informações suficientes, como em situações de baixa consciência de morbididade, torna-se fundamental entrevistar familiares ou responsáveis (Cheniaux, 2020; Nardi et al., 2021).

A entrevista psiquiátrica inclui o exame psicológico, também conhecido como exame do estado mental. Esse exame pode ser comparado ao exame físico na medicina geral, pois constitui uma das principais fontes de informações objetivas para o psiquiatra. Ele se inicia desde o primeiro contato com o paciente, antes mesmo da coleta formal de dados de identificação. Por descrever alterações observadas durante a entrevista, o exame psicológico pode variar consideravelmente de uma consulta para outra (Cheniaux, 2020).

Diferentemente de outras áreas médicas, a Psiquiatria, em muitos casos, não trata doenças com marcadores biológicos precisos, mecanismos fisiopatológicos claramente estabelecidos ou etiologia plenamente determinada (Alvarenga & Andrade, 2008). Essa característica contribui para a dificuldade de precisão diagnóstica em muitos transtornos e para a escassez de exames laboratoriais ou de imagem capazes de confirmar diagnósticos psiquiátricos. Assim, o diagnóstico psiquiátrico costuma ser realizado de forma sindrômica, isto é, a partir do agrupamento de sinais e sintomas (Meleiro, 2018).

A aplicação demasiadamente rígida dos critérios diagnósticos pode produzir falsos negativos, ou seja, situações em que pacientes apresentam sofrimento e prejuízo, mas não recebem diagnóstico por não preencherem estritamente os critérios estabelecidos. Isso pode acarretar consequências negativas, uma vez que o indivíduo pode deixar de receber tratamento adequado. Nesses casos, Meleiro (2018) sugere a necessidade de uma aplicação clínica menos rígida e mais contextualizada dos critérios.

Embora os exames complementares geralmente não confirmem diagnósticos psiquiátricos, eles são importantes na investigação de diagnósticos diferenciais e comorbidades. Diversas condições clínicas, como doenças endócrino-metabólicas, inflamatórias, infecciosas, autoimunes e neurológicas, podem apresentar sintomas psiquiátricos (Meleiro, 2018; Humes et al., 2021).

A Psiquiatria também se desenvolveu de modo expressivo com o advento dos psicofármacos. A clorpromazina foi desenvolvida no início da década de 1950 e introduzida clinicamente na Psiquiatria em 1952, sendo considerada um marco da psicofarmacologia moderna, devido ao seu efeito calmante e à produção de um estado de indiferença em alguns pacientes (López-Munõz et al., 2005). Estudos com essa substância mostraram remissão de sintomas positivos da esquizofrenia em pacientes que, anteriormente, tinham como principal perspectiva a institucionalização prolongada. A partir disso, novas pesquisas levaram ao desenvolvimento dos antipsicóticos de primeira geração.

Outro marco importante foi a descoberta da imipramina. Inicialmente pesquisada como antipsicótico, a substância demonstrou efeitos sobre sintomas depressivos, tornando-se o primeiro antidepressivo tricíclico. Em 1954, estudos indicaram que o lítio poderia ser comparável à eletroconvulsoterapia no tratamento da mania aguda, passando a ser utilizado como fármaco na Psiquiatria. Na década de 1970, surgiram os antipsicóticos de segunda geração, com maior tolerabilidade e efeitos sobre sintomas negativos da esquizofrenia, como embotamento afetivo e abulia. Na década de 1980, os inibidores seletivos da recaptção de serotonina revolucionaram o tratamento da depressão (Humes et al., 2021; Nardi et al., 2021).

O desenvolvimento da psicofarmacologia foi essencial para o avanço do tratamento dos transtornos psiquiátricos. Contudo, o cuidado psicológico permanece parte fundamental do tratamento. A atuação conjunta entre Psicologia e Psiquiatria possibilita um cuidado mais eficaz, integral e humanizado.

Diálogos possíveis entre Psicologia e Psiquiatria

O sofrimento humano constitui objeto de trabalho tanto do psicólogo quanto do psiquiatra em suas atuações clínicas. Entretanto, os recursos de estudo e intervenção utilizados por esses profissionais são distintos. O terapeuta analítico-comportamental

apoia-se na análise funcional e na modificação de variáveis ambientais, enquanto o psiquiatra dedica-se, frequentemente, ao diagnóstico, ao tratamento médico e à prescrição farmacológica quando indicada (Costa et al., 2018).

Apesar dessas diferenças, as funções de ambos os profissionais podem ser complementares (Corchs, 2010). Ainda assim, observa-se certo distanciamento entre a Análise do Comportamento e a Psiquiatria, possivelmente relacionado às divergências quanto ao uso de classificações diagnósticas e ao papel do tratamento medicamentoso.

Na área da saúde mental, Osório (2004) afirma que a atuação conjunta entre Psiquiatria e Psicologia contribui para o desenvolvimento de conhecimentos sobre as relações entre o psicológico, o social e o biológico na determinação da saúde e da doença. A interação entre esses campos permite ampliar a compreensão do caso e oferecer intervenções mais completas.

A interconsulta é uma modalidade de trabalho em saúde que articula práticas clínicas, de ensino e de pesquisa entre profissionais de diferentes áreas. Essa modalidade busca favorecer diagnósticos e intervenções a partir das teorias e práticas próprias de cada campo profissional, visando melhorar a qualidade do serviço prestado e a atenção ofertada ao paciente, seus familiares e responsáveis diante dos dilemas decorrentes do adoecimento, seja ele orgânico ou mental (Carvalho & Lustosa, 2008).

A atuação conjunta no programa de extensão

O programa de extensão discutido neste livro atende, por meio da psicoterapia, crianças e adolescentes que também realizam tratamento psiquiátrico, assim como seus familiares. Por essa razão, a atuação conjunta entre Psicologia e Psiquiatria mostra-se essencial para a compreensão dos casos e para o planejamento de intervenções mais efetivas.

No projeto, residentes em Psiquiatria e alunos de Psicologia atendem os casos vinculados às suas respectivas formações. Como pertencem a cursos e rotinas diferentes, as grades de horário nem sempre coincidem, o que dificulta a realização de reuniões frequentes para discussão dos casos. Ainda assim, esses encontros são realizados sempre que possível.

Até a pandemia, a coordenadora do programa participava regularmente dos ambulatórios de Psiquiatria Infantil no Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário AEHU-UEL. Em um primeiro momento, os atendimentos dos residentes aconteciam em salas individuais com o paciente, depois os casos eram levados para discussão com o médico chefe da residência e equipe, estabelecendo as indicações de tratamento e por fim, os residentes retornavam ao consultório para dar os encaminhamentos aos pacientes. A coordenadora e supervisora da Psicologia participava dessas discussões, contribuindo com as mesmas e pontuando quando algum paciente se beneficiaria do atendimento psicoterapêutico individual, encaminhando-o à psicoterapia (Bim, et al., 2017). Infelizmente, após a pandemia, esse trabalho acabou sendo descontinuado, devido a demandas profissionais concorrentes. No entanto, sempre que necessário, os colaboradores terapeutas responsáveis pelos casos e a coordenadora participam das discussões no ambulatório, contribuindo para o tratamento de modo conjunto e uniforme entre as áreas.

Atualmente, parte importante da comunicação ocorre por meio de redes sociais ou com intermediação da professora coordenadora do projeto, que também atua como docente junto à residência médica. Mesmo diante dessas dificuldades, o tratamento conjunto se torna possível a partir da troca de informações relevantes entre as áreas, sempre respeitando as autorizações dos pacientes e familiares. Informações pontuais são compartilhadas quando necessário e quando se entende que podem impactar diretamente o tratamento.

A adesão dos pacientes ao tratamento conjunto também constitui um desafio. Entre os principais obstáculos observados estão os efeitos colaterais das medicações, dificuldades financeiras para aquisição dos medicamentos, estigmas associados ao tratamento em saúde mental, dificuldades na construção da relação terapêutica e problemas logísticos para comparecer a atendimentos psicológicos e psiquiátricos em dias distintos da semana.

Apesar dessas dificuldades, os casos apresentados no livro tiveram acompanhamento simultâneo da Psicologia e da Psiquiatria ao longo do tratamento. Essa articulação permitiu que as duas áreas discutissem aspectos relevantes dos casos, buscando melhores resultados para os pacientes e suas famílias.

Ilustração de caso clínico

Marcelo é um adolescente de 16 anos acompanhado pelo projeto desde os 9 anos de idade. O caso de Marcelo foi escolhido para exemplificar esta discussão, porque trata-se de um caso em que alterações comportamentais estão muito relacionadas com uso e dosagem de medicações. Apresenta diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista com necessidade de suporte substancial (nível 3), além de deficiência intelectual, epilepsia e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Marcelo é não verbal e realiza atendimento psicológico no projeto com uma dupla de terapeutas, estudantes do 5º ano do curso de Psicologia.

As sessões ocorreram uma vez por semana, com duração aproximada de 50 minutos, em salas de terapia maiores que as convencionais. Durante os atendimentos, Marcelo permanecia em sala apenas com as terapeutas. A discussão deste caso baseia-se, principalmente, nas informações dos últimos quatro anos de acompanhamento, período em que ele retornou ao atendimento após a pandemia de COVID-19.

Segundo relato materno, Marcelo nasceu a termo, por cesariana, em razão de pré-eclâmpsia, sem intercorrências no período neonatal. Desde bebê, era uma criança chorosa e irritada, apresentava pouco contato visual, dificuldade para pegar o seio e incapacidade de sugar, necessitando ser alimentado com colher. Aos sete meses, iniciou quadro de epilepsia, com crises convulsivas tônico-clônicas. Apresentava dificuldade para manter o tônus adequado do tronco e sentou-se apenas com um ano de idade.

Por volta de um ano e meio, Marcelo pronunciou as primeiras palavras. Entretanto, após uma crise convulsiva seguida de parada cardiorrespiratória e necessidade de internação hospitalar, houve regressão do desenvolvimento. A partir desse episódio, tornou-se incapaz de articular palavras, emitindo apenas sons sem estrutura gramatical. Aos dois anos, começou a andar.

Marcelo iniciou acompanhamento com a equipe de Psiquiatria e Psicologia infantil em 2015, aos 9 anos. Naquele período, apresentava ausência de comunicação funcional, inclusive por linguagem não verbal, crises frequentes de auto e heteroagressividade e importante dificuldade de permanência em ambientes públicos. A mãe relatava dificuldade em levá-lo a diferentes locais, pois o filho não conseguia permanecer sentado ou aguardar, apresentava agitação psicomotora e interferia no funcionamento dos ambientes em que estava inserido.

Além disso, apresentava comportamento alimentar compulsivo, com consequente ganho ponderal, sobrepeso e dislipidemia. Também havia queixas de insônia inicial e despertares noturnos, aspectos que afetavam a dinâmica familiar.

Acompanhamento psiquiátrico

O tratamento farmacoterápico, nesse caso, teve como objetivo auxiliar no controle de comportamentos indesejáveis, facilitar a intervenção terapêutica, favorecer a integração social e contribuir para a qualidade de vida. Quando Marcelo iniciou o acompanhamento com a equipe, já fazia uso de ácido valpróico, prescrito por neuropediatra em razão da epilepsia. Essa medicação também apresentava efeito benéfico adicional sobre irritabilidade e agressividade.

Durante a investigação e o acompanhamento do caso, verificou-se que Marcelo apresentava critérios para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, comorbidade frequentemente observada em pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Diante disso, foi introduzido metilfenidato, posteriormente titulado até 60 mg ao dia, dividido em três tomadas. Após a introdução do psicoestimulante, observou-se melhora substancial dos sintomas de hiperatividade e impulsividade.

Também foram associadas clonidina 0,1 mg e melatonina 5 mg. A clonidina contribuiu para a redução da agitação psicomotora no período noturno, enquanto a melatonina auxiliou no tratamento da insônia. Posteriormente, foi introduzido o Aripiprazol, antipsicótico de segunda geração, titulado até 15 mg ao dia, com o objetivo de auxiliar no controle da irritabilidade, dos comportamentos auto e heteroagressivos e dos movimentos estereotipados.

Considerando que o comportamento alimentar inadequado produzia alterações metabólicas, foi introduzido topiramato, titulado até 50 mg a cada 12 horas. A mãe observou remissão dos episódios de compulsão alimentar, além de melhora comportamental conforme o aumento da dose. Também houve estabilização do peso corporal e melhora do perfil lipídico.

Acompanhamento psicológico

No início do retorno à psicoterapia, Marcelo entrava na sala e costumava se movimentar de um lado para outro, sem atender à maior parte dos comandos das terapeutas. Os objetivos terapêuticos foram definidos a partir de sessões com a mãe e das observações realizadas em atendimento. Entre os principais objetivos estavam: favorecer a realização de atividades da vida diária, como escovar os dentes e amarrar os sapatos; aumentar o seguimento de comandos; e ampliar as formas de comunicação funcional, considerando que, embora não verbal, Marcelo se comunica funcionalmente, principalmente com sua mãe.

Inicialmente, apesar da medicação, as terapeutas tiveram dificuldade para obter a atenção de Marcelo com os recursos disponíveis, como atividades de combinação de cores e cubos de encaixe. A partir dos relatos maternos, levantou-se a hipótese de que estímulos sonoros poderiam funcionar como reforçadores, uma vez que o adolescente demonstrava interesse por música. Assim, foram introduzidos brinquedos com sons e luzes, pelos quais Marcelo demonstrou maior interesse.

Com esses recursos, o cliente passou a atender mais aos comandos relacionados às atividades propostas. A partir desse momento, foram introduzidos esquemas de reforçamento: Marcelo realizava a atividade solicitada e, em seguida, tinha acesso ao reforçador. Para ele, a comemoração das terapeutas, com palmas, toques, gargalhadas e sons eram estímulos consequentes com função reforçadora para os comportamentos de realizar as atividades solicitadas. Posteriormente, foi introduzida uma fita de cetim presa a um canudo, que Marcelo gostava de balançar. Esse objeto passou a ser utilizado como reforçador durante intervalos de tempo previamente definidos dentro das sessões, de acordo com o esquema de reforçamento em vigor. Inicialmente eram consecutivas as respostas emitidas de modo contínuo e posteriormente, em esquema de reforçamento intermitente de razão fixa.

Com a continuidade das sessões, Marcelo começou a reconhecer as terapeutas e a responder com maior frequência aos comandos. O treino de seguimento de instruções ocorreu de forma articulada ao desenvolvimento de comunicação funcional. Por exemplo, as terapeutas solicitavam que ele entregasse determinado objeto à terapeuta 1 ou à terapeuta 2, e ele passou gradualmente a realizar essa tarefa.

Também foi trabalhado o comportamento de permanecer sentado, considerado importante tanto para a evolução da terapia quanto para o cotidiano de Marcelo em outros contextos. Inicialmente, as atividades eram realizadas na posição em que ele estivesse. À medida que ele demonstrava maior interesse pelas propostas, passou-se a exigir que se sentasse para realizá-las. No início, as tarefas demandavam poucas respostas para que ele tivesse acesso ao reforçador. Progressivamente, aumentou-se a razão de respostas solicitadas para obtenção dos reforçadores, sendo o permanecer sentado uma condição necessária para a realização das atividades.

Com esse processo, tornou-se possível alcançar sessões em que Marcelo permanecia sentado durante a maior parte do tempo, realizando atividades propostas e respondendo a diversos comandos das terapeutas. Em algumas sessões, ele chegou a permanecer aproximadamente 40 minutos sentado. Atualmente, ele continua em acompanhamento psicológico pelo projeto, mantendo como objetivos principais o desenvolvimento de habilidades relacionadas às atividades de vida diária e à comunicação funcional.

Articulação entre Psicologia, Psiquiatria e família

Durante o processo psicoterapêutico, Marcelo manteve acompanhamento psiquiátrico e psicológico. A família apresentou forte compromisso com o tratamento, especialmente a mãe, que demonstrava conhecimento sobre as medicações e acompanhava cuidadosamente as mudanças observadas no cotidiano.

Nesse caso, grande parte das informações sobre o acompanhamento psiquiátrico era trazida pela mãe às terapeutas, o que reduzia a necessidade de contato direto

frequente com a médica psiquiatra. Ainda assim, esse contato era realizado quando pontos específicos precisavam ser discutidos ou esclarecidos.

A atuação conjunta, portanto, ocorreu também por meio da participação ativa de Joseane, mãe de Marcelo. Quando havia alterações medicamentosas, ela comunicava as terapeutas, que observavam possíveis mudanças durante as sessões. Em alguns momentos, as terapeutas percebiam alterações comportamentais antes mesmo da informação formal sobre mudanças na medicação, o que possibilitava discussões posteriores com a família e, quando necessário, com a Psiquiatria.

A mãe exerceu papel fundamental na integração entre as áreas, transmitindo informações relevantes para a Psicologia e para a Psiquiatria e contribuindo diretamente para o trabalho interdisciplinar. O caso ilustra a importância da articulação entre profissionais e familiares no cuidado de crianças e adolescentes com demandas complexas em saúde mental.

Considerações finais

A articulação entre Psicologia e Psiquiatria permite ampliar a compreensão dos casos clínicos e construir intervenções mais integradas. Enquanto a Psiquiatria contribui com a avaliação diagnóstica, o acompanhamento médico e a indicação farmacológica quando necessária, a Psicologia, especialmente a partir da Análise do Comportamento, contribui com a análise funcional, a modificação de contingências e o desenvolvimento de repertórios comportamentais mais adaptativos. Muitas vezes, a medicação é necessária para que a pessoa consiga se comportar de acordo com novas contingências, ou mesmo, que possa se manter em movimento nas mesmas contingências, até que seja possível modificá-las.

No contexto infantil, essa atuação integrada torna-se ainda mais relevante, pois o cuidado envolve não apenas a criança ou o adolescente, mas também sua família, seus cuidadores e os diferentes ambientes nos quais está inserido. O trabalho conjunto favorece a adesão ao tratamento, a troca de informações e a construção de estratégias mais coerentes entre os diferentes profissionais envolvidos.

Por fim, um último ponto a ser aqui esclarecido, refere-se ao fato de que a Clínica Psicológica da UEL não tem um serviço especializado no atendimento ao TEA. Assim, a equipe do programa de extensão dedicou-se a adaptar instrumentos e materiais para as sessões de psicoterapia de Marcelo. Em sessão com a mãe, foi verificado que, devido à idade de Marcelo, nenhum serviço especializado em Análise Comportamental Aplicada (ABA), o aceitaria para atendimento social, ou seja, gratuitamente, porque o prognóstico não seria tão positivo quanto em relação a crianças menores. Dessa maneira, decidimos manter Marcelo em atendimento no programa de extensão, apesar das limitações de tempo, espaço e materiais.

Assim, o caso apresentado evidencia que, mesmo diante de limitações institucionais, dificuldades de agenda e desafios de comunicação, a colaboração entre Psicologia, Psiquiatria e família pode produzir efeitos importantes no desenvolvimento de habilidades, na redução de comportamentos-problema e na melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Referências

- Alvarenga, P. G. de, & Andrade, A. G. de. (2008). *Fundamentos em psiquiatria* (1ª ed.). Manole.
- Bim, N. R., Silva, A. G., Lima, A. L., Castro, B., Alvernaz, J., Martins, L., & Fornazari, S. A. (2017). Psiquiatria e Psicologia Analítico-Comportamental: Interconsulta no Ambulatório de Psiquiatria Infantil. *Anais da IV Jornada de Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina*, Londrina, PR: Universidade Estadual de Londrina, p. 31.
- Carvalho, M. R. de, & Lustosa, M. A. (2008). Interconsulta psicológica. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 11(1), 31–47. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.11.175>
- Cheniaux, E. (2020). *Manual de psicopatologia* (6ª ed.). Guanabara Koogan.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (1987). *Applied behavior analysis*. Merrill Publishing Company.
- Corchs, F. (2010). É possível ser um psiquiatra behaviorista radical? Primeiras reflexões. *Revista Perspectivas*, 1(1), 55–66.
- Costa, R. S. da, Soares, M. R. Z., & Grossi, R. (2018). Reflexões a partir da prática clínica analítico-comportamental: Interface entre Psicologia e Psiquiatria. In D. R. dos Santos & R. Grossi (Orgs.), *Terapia analítico-comportamental: Estudos de casos e assuntos correlatos* (pp. 31–44). Universidade Estadual de Londrina.
- Dalgalarrodo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3ª ed.). Artmed.
- Ferreira, M. de C. T., & Marturano, E. M. (2002). Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 35–44. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100005>
- Figueiredo, L. C. M. (2014). *Matrizes do pensamento psicológico* (20ª ed.). Vozes.

Fornazari, S. A. (2009). Programa de orientação familiar para redução de comportamentos aberrantes em pessoas com deficiência mental severa ou profunda: Análise funcional e DRA. In D. S. Fujisawa et al. (Orgs.), *Família e educação especial*. ABPEE.

Fornazari, S. A., Silva, A. G. da, Castro, B. L., & Padilha, F. R. (2018). Psiquiatria e psicoterapia analítico-comportamental: Um caso de transtorno de conduta. In D. R. dos Santos & R. Grossi (Orgs.), *Terapia analítico-comportamental: Estudos de casos e assuntos correlatos*. Universidade Estadual de Londrina.

Freitas, M. G., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2007). Melhorando habilidades sociais de crianças com deficiência visual: Uma proposta de intervenção para mães. *Revista Benjamin Constant*, 13(37).

Gongora, M. A. N. (2003). Noção de psicopatologia na análise do comportamento. In C. E. Costa, J. C. Luzia, & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 93–108). ESETec.

Humes, E. de C., Cardoso, F., Guimarães-Fernandes, F., Hortêncio, L. de O. S., & Miguel Filho, E. C. (2021). *Clínica psiquiátrica: Guia prático* (2ª ed.). Manole.

López-Muñoz, F., Alamo, C., Cuenca, E., Shen, W. W., Clervoy, P., & Rubio, G. (2005). History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(3), 113–135. <https://doi.org/10.1080/10401230591002002>

Marinho, M. L. (1999). *Orientação de pais em grupo: Intervenção sobre diferentes queixas comportamentais infantis* [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo].

Meleiro, A. M. A. da S. (2018). *Psiquiatria: Estudos fundamentais*. Guanabara Koogan.

Moura, C. B. (2007). *Efeitos do vídeo feedback na orientação de mães de pré-escolares com comportamentopositor* [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo].

Nardi, A. E., Silva, A. G., & Quevedo, J. (Orgs.). (2021). *Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Artmed.

Osório, F. L. (2004). O psicólogo interconsultor, na enfermaria de pneumologia, de um hospital escola: Caracterização das solicitações de atendimento psicológico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 37(1/2), 76–83. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v37i1/2p76-83>

Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213(4507), 501–504.

<https://doi.org/10.1126/science.7244649>

Skinner, B. F. (1995). *Questões recentes na análise comportamental* (A. L. Neri, Trad.; 2ª ed.). Papirus. (Trabalho original publicado em 1989).

Skinner, B. F. (2006). Sobre o behaviorismo (M. da P. Villalobos, Trad.; 10ª ed.). Cultrix. (Trabalho original publicado em 1974).

Ullmann, L. P., & Krasner, L. (1969). *A psychological approach to abnormal behavior*. Prentice-Hall.

Capítulo 3

ENTRE VIOLÊNCIAS, HISTÓRIAS E SOFRIMENTO: TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

BETWEEN VIOLENCE, LIFE STORIES, AND SUFFERING: PSYCHIATRIC DISORDERS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Silvia Aparecida Fornazari
Ana Clara Dal Bem Busetto
Rodrigo Camargo da Cruz
Isadora de Castro Pereira

Resumo

Este capítulo tem como objetivo discutir a violência como variável histórica e contextual relevante no desenvolvimento e agravamento de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, articulando categorias de violência, dados de casos atendidos em projeto de extensão universitária e uma leitura analítico-comportamental. O método consistiu na sistematização teórico-documental de formas de violência descritas na literatura e na legislação, associada à codificação dos registros clínicos de crianças, adolescentes e cuidadores acompanhados pelo projeto. Os resultados indicaram elevada frequência de exposição à violência, negligência emocional e violência psicológica/emocional entre as crianças e adolescentes atendidos, além de presença expressiva de violências atuais e históricas também na trajetória dos cuidadores. Esses dados evidenciam a sobreposição de violências e a transmissão intergeracional de repertórios coercitivos em contextos marcados por vulnerabilidade social, desproteção e ausência de cuidado emocional consistente. Discute-se que, pela Análise do Comportamento, comportamentos clinicamente descritos como sintomas podem ser compreendidos como repertórios selecionados em histórias de contingências aversivas, nas quais respostas de fuga, esquivas, agressividade, submissão ou hipervigilância produzem consequências imediatas. Conclui-se que a violência não deve ser tomada como causa única ou linear dos transtornos psiquiátricos, mas como variável probabilística e multideterminada que exige intervenções clínicas, familiares e intersetoriais.

Palavras-chave: violência infantil; transtornos psiquiátricos; análise do comportamento; controle aversivo; negligência emocional.

Abstract

This chapter aims to discuss violence as a relevant historical and contextual variable in the development and exacerbation of psychiatric disorders during childhood and adolescence, articulating categories of violence, data from cases treated within a university extension program, and a behavior-analytic interpretation. The method consisted of a theoretical-documentary systematization of forms of violence described in the literature and legislation, combined with the coding of clinical records of children, adolescents, and caregivers followed within the project. The results indicated a high frequency of exposure to violence, emotional neglect, and psychological/emotional violence among the children and adolescents treated, as well as a significant presence of current and historical violence in the caregivers' life trajectories. These data highlight the overlap of different forms of violence and the intergenerational transmission of coercive repertoires in contexts marked by social vulnerability, lack of protection, and inconsistent emotional care. From a Behavior Analysis perspective, behaviors clinically described as symptoms may be understood as repertoires selected through histories of aversive contingencies, in which responses such as escape, avoidance, aggression, submission, or hypervigilance produce immediate consequences. The chapter concludes that violence should not be understood as a single or linear cause of psychiatric disorders, but rather as a probabilistic and multidetermined variable that requires clinical, family-based, and intersectoral interventions.

Keywords: *childhood violence; psychiatric disorders; behavior analysis; aversive control; emotional neglect.*

Este capítulo tem como objetivo discutir a violência como variável relevante no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, especialmente contra crianças e adolescentes, articulando dados quantitativos, categorias de violência e uma leitura analítico-comportamental das contingências envolvidas. Essa realidade tem se mostrado na população atendida por meio do programa de extensão em uma somatória de violências e vulnerabilidades que desembocam nas clínicas psiquiátricas e psicológicas.

A violência contra crianças e adolescentes constitui um fenômeno complexo, multideterminado e atravessado por fatores históricos, culturais, sociais, econômicos e familiares. Durante muito tempo, práticas violentas foram naturalizadas como formas legítimas de educação, disciplina e correção, sustentadas pela crença de que crianças e adolescentes seriam objetos de domínio dos adultos e de que a obediência poderia ser produzida por meio do medo, da dor e da submissão.

Essa concepção, ainda presente em muitos contextos familiares e institucionais, contribui para a manutenção de práticas coercitivas que afetam diretamente o desenvolvimento infantil e adolescente. Dados internacionais indicam a gravidade do problema: crianças e adolescentes continuam sendo expostos a castigos físicos, violência psicológica, negligência, abuso sexual e outras formas de violação de direitos, muitas vezes dentro de suas próprias casas. A Organização Mundial da Saúde aponta que a violência contra crianças inclui maus-tratos físicos, sexuais e emocionais, negligência e exploração, frequentemente praticados por pais, cuidadores ou outras figuras de autoridade. Estimativas internacionais apontam que até 1 bilhão de crianças sofrem violência física, sexual ou psicológica a cada ano, o que reforça a magnitude

do problema e a necessidade de ações de prevenção, identificação e proteção (World Health Organization, 2016, 2024; World Health Organization et al., 2020)

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) constitui o principal marco legal de proteção integral a esse público. A Lei nº 13.010/2014, conhecida como Lei Menino Bernardo, acrescentou ao ECA o artigo 18-A, estabelecendo que crianças e adolescentes têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou tratamento cruel ou degradante como forma de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto. Essa determinação inclui pais, familiares, responsáveis, agentes públicos e qualquer pessoa encarregada de cuidar, tratar, educar ou proteger crianças e adolescentes (Brasil, 1990a).

Além disso, a Lei nº 14.344/2022, conhecida como Lei Henry Borel, fortaleceu os mecanismos de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e familiar, estabelecendo medidas mais rigorosas para situações de violência grave, incluindo o homicídio de menores de 14 anos em contexto doméstico e familiar (Brasil, 2022).

Apesar dos avanços legais, a violência contra crianças e adolescentes permanece como uma realidade frequente e, muitas vezes, silenciosa. Sua identificação exige uma leitura cuidadosa das relações familiares, das práticas culturais, das condições materiais de vida e dos repertórios comportamentais envolvidos. Neste capítulo, a violência será discutida a partir de uma perspectiva que considera tanto suas dimensões sociais e legais quanto suas implicações clínicas, especialmente no contexto de atendimentos psicológicos e psiquiátricos realizados com crianças, adolescentes e seus familiares.

Violência intrafamiliar e violência doméstica

A violência que ocorre no contexto familiar é denominada violência intrafamiliar. De acordo com o Ministério da Saúde, esse tipo de violência pode ser compreendido como toda ação ou omissão que prejudica o bem-estar, a integridade física ou psicológica, a liberdade e o pleno desenvolvimento de outro membro da família. Ela pode ocorrer dentro ou fora do espaço doméstico e ser praticada por familiares consanguíneos ou por pessoas que exerçam funções parentais, mesmo sem vínculo biológico (Brasil. Ministério da Saúde, 2001).

Neste capítulo, optou-se por diferenciar violência intrafamiliar e violência doméstica. A violência intrafamiliar refere-se à violência estabelecida entre pessoas que possuem vínculos familiares ou exercem funções parentais. Já a violência doméstica pode atingir pessoas com ou sem vínculo familiar, desde que estejam inseridas no espaço doméstico ou em relações de convivência, como empregados, agregados ou pessoas que convivem com a família de forma regular ou esporádica. Entretanto, é importante reconhecer que nem todos os autores diferenciam esses termos, sendo comum que apareçam como sinônimos na literatura (Miura et al., 2018).

Historicamente, a violência intrafamiliar existe há tanto tempo quanto a própria organização social da família. Durante séculos, práticas violentas foram consentidas e até valorizadas como formas de educação, controle e transmissão de valores. No núcleo familiar, são transmitidos costumes, regras, expectativas e formas de interação que influenciam diretamente o processo de socialização da criança (Abranches & Assis, 2011; Bessa et al., 2016).

Abranches e Assis (2011) discutem a transmissão intergeracional de comportamentos violentos, apontando que práticas de violência podem ser aprendidas, naturalizadas e reproduzidas ao longo das gerações. Crianças expostas a práticas violentas durante o desenvolvimento podem, na vida adulta, repetir padrões semelhantes em suas relações conjugais, parentais e sociais. Isso não significa que toda criança exposta à violência se tornará um adulto violento, mas indica que repertórios coercitivos podem ser aprendidos, reforçados e mantidos em diferentes contextos.

Os comportamentos aprendidos no ambiente familiar também podem ser reforçados e ampliados em outros contextos, como a escola, a comunidade e demais espaços sociais. Do mesmo modo, práticas violentas aprendidas fora do ambiente familiar podem ser reproduzidas dentro dele. Assim, a violência não deve ser compreendida como um fenômeno isolado, mas como parte de redes de contingências que envolvem história familiar, práticas culturais, condições materiais de vida, modelos sociais e respostas institucionais.

Classes e tipos de violência

Além da violência intrafamiliar, a literatura aponta diferentes classes de violência que podem atingir crianças, adolescentes e suas famílias. Entre elas, destacam-se a violência institucional, social, estrutural e delinquencial (Brasil, 2012, 2014; Superior Tribunal de Justiça [STJ], 2022, 2024, 2025; World Health Organization, 2016, 2024). Frequentemente, essas formas não aparecem de maneira isolada; ao contrário, podem se sobrepor, produzindo maior vulnerabilidade e sofrimento.

Apenas para fins de contextualização histórica e definição jurídica dos conceitos utilizados, a violência estrutural no Brasil é um fenômeno historicamente enraizado em desigualdades econômicas, políticas e culturais que restringem o pleno desenvolvimento humano, manifestando-se de forma aguda na pobreza e na negação de direitos fundamentais (Brasil, 2012). A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) representou um marco histórico ao estabelecer, em seu Art. 3º, III, a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades sociais como objetivos fundamentais da República, definindo ainda a saúde, no Art. 196, como direito de todos e dever do Estado. Portanto, quando o Estado é deficitário em prover o "mínimo existencial", a violência estrutural frequentemente se sobrepõe à chamada violência delinquencial, na qual jovens marginalizados pela exclusão escolar e precarização de vínculos tornam-se vítimas de um sistema seletivo e autores de atos infracionais, refletindo trajetórias atravessadas pela ausência crônica de proteção estatal.

Diante dessa realidade, o Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069/1990 – ECA (Brasil, 1990a) foi instituído como o principal marco legal de proteção integral, elevando crianças e adolescentes à condição de sujeitos de direitos. O ECA dispõe sobre as violências estrutural e institucional ao impor à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar, com absoluta prioridade, o acesso à saúde e à educação (Art. 53), prevenindo que a negligência ou a opressão comprometam o desenvolvimento mental saudável. Essa proteção foi expandida pela Lei nº 13.010/2014 - Lei Menino Bernardo (Brasil, 2014), que incluiu o Art. 18-A ao ECA, garantindo o direito de ser educado sem o uso de castigos físicos ou tratamento cruel e degradante. Juridicamente, o Superior Tribunal de Justiça reforça esse entendimento ao

estabelecer que a agressão física contra crianças gera dano moral *in re ipsa* (REsp 1.642.318/MS), reconhecendo a gravidade intrínseca da violação da integridade corporal (STJ, 2017).

No mais, a violência institucional se caracteriza por danos físicos ou emocionais perpetrados pelas próprias instituições ou seus agentes. Historicamente, a Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001) foi crucial ao redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, combatendo a violência institucional inerente aos antigos modelos asilares de segregação. No âmbito protetivo, a Lei nº 13.431/2017 - Lei da Escuta Protegida (Brasil, 2017) define a violência institucional, enquanto a Lei nº 14.344/2022 (Lei Henry Borel) fortalece os mecanismos contra omissões no sistema de justiça e assistência (Brasil, 2022).

Por fim, as violências sociais e psicológicas emergem de relações de poder muitas vezes "naturalizadas" pela sociedade, conforme definido no Art. 7º, II da Lei Maria da Penha - Lei nº 11.340/2006 (Brasil, 2006). A "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde" (Brasil. Ministério da Saúde, 2010) do Ministério da Saúde busca integrar essas respostas para que o diagnóstico clínico considere a história de contingências aversivas. Conforme demonstra o presente capítulo, essa integração é fundamental para compreender que o sofrimento psicológico pode ser analisado em relação a repertórios desenvolvidos em ambientes de ameaça e vulnerabilidade. Segue uma breve explicação sobre as classes de violência com base na legislação e jurisprudência dos Tribunais Superiores do Brasil (STJ, 2012, 2014, 2022, 2024, 2025):

- **A violência institucional** refere-se a danos físicos, emocionais, sexuais ou fatais causados por instituições ou por agentes institucionais. Pode ocorrer, por exemplo, em escolas, abrigos, serviços de saúde, instituições socioeducativas ou outros espaços que deveriam proteger, educar ou cuidar. Em alguns casos, manifesta-se sob a justificativa de corrigir comportamentos considerados inadequados.
- **A violência social** envolve relações, ações ou omissões que produzem danos morais, emocionais, físicos ou simbólicos. Pode se expressar em discriminações, preconceitos, racismo, sexismo, exclusão social e outras práticas que inferiorizam ou violentam determinados grupos.
- **A violência estrutural** está relacionada às condições históricas, econômicas, políticas e culturais que produzem desigualdades e restringem possibilidades de desenvolvimento. Ela se manifesta na pobreza, na falta de acesso a saneamento básico, moradia adequada, alimentação, educação, saúde, segurança e oportunidades. Em muitos casos, a violência estrutural cria condições que aumentam a exposição de crianças e adolescentes a outras formas de violência.
- **A violência delinquencial**, refere-se às situações em que crianças e adolescentes aparecem não apenas como vítimas, mas também como autores de atos violentos ou infracionais. Essa categoria deve ser analisada em articulação com a violência estrutural, considerando desigualdades sociais, pobreza, ausência de oportunidades, exclusão escolar, precarização dos vínculos comunitários e seletividade do sistema socioeducativo. Embora o termo "violência delinquencial" apareça em parte da literatura sobre violência e infância, seu uso exige cautela para evitar a culpabilização individual de adolescentes em conflito com a lei. No contexto deste capítulo, a categoria é

compreendida como expressão de trajetórias atravessadas por vulnerabilidades sociais, violência estrutural e ausência de proteção (Deslandes et al., 2005; Miura et al., 2018; Carvalho, 2010).

Outra forma de classificar a violência é pelo tipo de dano produzido. Nessa perspectiva, costumam ser descritas categorias como negligência, violência física, violência sexual e violência psicológica (Brasil. Ministério da Saúde, 2002, 2010). Aqui também, segue uma breve explicação sobre a classificação da violência pelo tipo de dano produzido:

- A **negligência** configura-se como omissão dos responsáveis em prover cuidados básicos necessários ao desenvolvimento da criança ou adolescente, como alimentação, higiene, moradia, supervisão, acesso à saúde, proteção e escolarização. O abandono pode ser compreendido como forma extrema de negligência. Entretanto, é necessário cuidado para diferenciar negligência parental de situações de privação produzidas por situações de vulnerabilidade socioeconômica. Famílias que vivem em contextos de pobreza extrema podem não ter acesso a recursos básicos, não por ausência de cuidado ou intenção de abandono, mas por condições estruturais que limitam suas possibilidades de ação (Garcia & Fornazari, 2024).
- A **violência física** envolve o uso intencional da força física com potencial de produzir dor, lesão, sofrimento ou dano, não sendo necessário que haja marcas físicas visíveis para que se enquadre como violência. Entre as formas de violência contra crianças e adolescentes, é uma das mais frequentemente identificadas e pode ser uma das mais letais.
- A **violência sexual** envolve situações nas quais a criança ou adolescente é utilizado em atividades sexuais, com ou sem contato físico, por meio de força, coerção, manipulação, ameaça, sedução ou exploração. Trata-se de uma forma grave de violação de direitos e pode produzir efeitos intensos sobre o desenvolvimento, a saúde mental, a confiança nas relações e o repertório socioemocional.
- A **violência psicológica** inclui rejeição, humilhação, depreciação, ameaças, xingamentos, isolamento, aterrorização, agressões verbais, punições excessivas e incentivo a comportamentos destrutivos. Por vezes, é menos visível que a violência física, mas seus efeitos podem ser profundos e duradouros.

Por fim, a apresentação dessas bases legais não tem a finalidade de esgotar a discussão jurídica sobre o tema, mas de delimitar os conceitos utilizados no sistema de codificação dos casos analisados neste capítulo.

“Explica, mas não justifica”

Após a apresentação dos tipos de violência identificados nos casos atendidos, torna-se necessário discutir uma frase que orienta parte importante do trabalho realizado no programa de extensão: **explica, mas não justifica**. Essa formulação é relevante não apenas para a análise clínica dos casos, mas também para compreender fenômenos sociais mais amplos, evitando duas armadilhas frequentes: por um lado,

reduzir comportamentos violentos a escolhas individuais descontextualizadas; por outro, transformar a história de violência vivida por uma pessoa em justificativa para a violência que ela venha a praticar.

Na perspectiva da Análise do Comportamento, compreender um comportamento implica identificar as condições históricas e atuais sob as quais ele foi selecionado e mantido. Assim, quando se afirma que “violência gera violência”, não se trata de uma explicação moral ou determinista, mas de uma descrição probabilística: pessoas expostas a ambientes violentos, coercitivos, negligentes ou imprevisíveis podem ter maior probabilidade de desenvolver repertórios também marcados pela coerção, pela agressividade, pela esquiva, pela intolerância à frustração e pela dificuldade de resolução não violenta de conflitos.

A violência pode funcionar como forma de controle imediato das contingências presentes. Diante da possibilidade de punição, ameaça, humilhação, privação ou abandono, a pessoa pode aprender a se comportar de modo a fugir, esquivar-se, submeter-se ou controlar o comportamento do outro por meios igualmente aversivos. Sidman (1989/1995), ao discutir a coerção e suas implicações, chama atenção para os efeitos amplos do controle aversivo nas relações humanas. Em contextos nos quais agressões, gritos, ameaças, punições físicas, chantagens e humilhações são formas recorrentes de interação, tais práticas podem ser aprendidas como modos possíveis — e muitas vezes eficazes a curto prazo — de produzir obediência, interromper conflitos ou obter consequências desejadas.

Nesse sentido, a análise funcional permite compreender como repertórios violentos, negligentes ou intolerantes podem ser desenvolvidos e mantidos ao longo da vida. Permite também observar que tais repertórios tendem a ser mais profundamente selecionados quando a exposição à violência ocorre precocemente, de forma repetida, intensa e em relações significativas de cuidado. Crianças e adolescentes que crescem em ambientes nos quais a violência organiza as interações podem aprender que o controle do outro se dá pela força, pela ameaça, pela retirada de afeto, pelo silêncio punitivo ou pela intimidação. Podem, ainda, apresentar dificuldades em discriminar relações protetivas de relações abusivas, especialmente quando cuidado e violência aparecem entrelaçados.

Entretanto, **explicar não é justificar**. Compreender que uma pessoa aprendeu repertórios violentos em uma história marcada por violência não significa retirar sua responsabilidade pelos danos que produz. A pessoa que comete uma agressão, uma negligência grave, uma violência sexual, uma humilhação ou qualquer outra forma de violação continua responsável por seus atos diante da vítima, da sociedade e da justiça. A análise do comportamento não tem a função de absolver moral ou juridicamente o agressor, mas de identificar as variáveis que aumentam a probabilidade de ocorrência da violência, de modo que seja possível intervir sobre elas.

No senso comum, é frequente a crítica de que explicar um comportamento violento seria o mesmo que justificá-lo. Essa crítica aparece, por exemplo, quando profissionais da saúde, da educação, da assistência social ou pesquisadores buscam compreender a história de vida de pessoas que cometeram atos violentos. No entanto, essa compreensão é justamente uma condição para a prevenção. Se não sabemos como repertórios violentos são selecionados, mantidos e transmitidos, ficamos limitados à punição posterior ao dano já produzido. A punição pode ter função social e jurídica importante, mas, sozinha, não ensina repertórios alternativos, não repara histórias de

violência e não modifica as condições sociais que seguem produzindo novas vítimas e novos agressores.

Portanto, explicar a violência é uma tarefa ética, clínica e política. Ao compreender como práticas violentas são aprendidas e mantidas, torna-se possível construir intervenções voltadas à prevenção, à proteção e à promoção de repertórios incompatíveis com a violência. Isso implica ensinar formas não coercitivas de resolução de conflitos, ampliar o acesso a reforçadores positivos, fortalecer vínculos seguros, promover práticas parentais não violentas, construir redes de apoio e garantir condições sociais mínimas para o cuidado. Uma sociedade menos violenta não se constitui apenas punindo seus agressores, mas também reduzindo as contingências que ensinam crianças, adolescentes e adultos a se relacionarem por meio da coerção.

Assim, a frase **“explica, mas não justifica”** sintetiza uma posição fundamental deste capítulo: compreender a história de violência de uma pessoa ajuda a explicar a constituição de determinados repertórios, mas não transforma a violência praticada em algo aceitável. Essa distinção permite sustentar, ao mesmo tempo, a responsabilização de quem viola direitos e o compromisso com a prevenção de novas violências.

Consequências da violência no desenvolvimento

As violências vivenciadas por crianças e adolescentes podem produzir consequências variadas sobre a saúde física, emocional, comportamental e social. No desenvolvimento infantil, experiências de violência podem afetar a aprendizagem, a sociabilidade, a regulação emocional, a construção de vínculos, a autoestima e a percepção de segurança no mundo (Brasil, 1990a, 1990b).

Do ponto de vista clínico, crianças e adolescentes expostos à violência podem apresentar queixas como agressividade, retraimento, medo, ansiedade, tristeza, dificuldades escolares, comportamentos opostos, problemas de sono, dificuldades alimentares, baixa tolerância à frustração, hipervigilância, esquiva de determinadas situações, comportamentos autolesivos ou dificuldades de interação social. Essas manifestações não devem ser interpretadas isoladamente como características internas da criança, mas como possíveis produtos de histórias de exposição a contingências aversivas, instáveis ou imprevisíveis.

Alguns fatores podem aumentar a probabilidade de ocorrência ou manutenção de situações de violência, como uso abusivo de álcool e outras drogas, acesso a armas, isolamento social, sobrecarga parental, histórico de violência na família, pobreza, desemprego, baixa rede de apoio e presença de sofrimento psicológico não tratado em cuidadores. Entretanto, como posto acima, esses fatores não devem ser utilizados para justificar a violência, mas para compreender as condições que precisam ser modificadas para proteger a criança e promover mudanças no ambiente.

Assim, compreender a violência exige considerar tanto o nível individual quanto o familiar, comunitário, institucional e estrutural. A análise precisa ser contextualizada, evitando tanto a culpabilização simplista das famílias quanto a descaracterização da violência vivida pela criança ou adolescente.

Uma leitura pela Análise do Comportamento

A Análise do Comportamento permite compreender a violência como um fenômeno aprendido e mantido por contingências. Práticas violentas podem ser selecionadas e mantidas quando produzem consequências imediatas para quem as emite, como interrupção de comportamentos considerados indesejados, obediência momentânea, esquiva de conflitos, sensação de controle ou redução temporária de demandas.

Nesse sentido, muitas práticas violentas funcionam como procedimentos coercitivos. Embora possam produzir efeitos imediatos sobre o comportamento da criança ou adolescente, tendem a gerar consequências prejudiciais a médio e longo prazo, como medo, esquiva, agressividade, ressentimento, mentira, submissão, rompimento de vínculos e redução da comunicação entre criança e cuidador.

A punição física ou psicológica pode reduzir temporariamente uma resposta, mas não ensina necessariamente comportamentos alternativos adequados. Além disso, pode ensinar que o uso da força, da ameaça e da humilhação é uma forma legítima de resolver conflitos ou controlar o comportamento de outras pessoas. Dessa forma, práticas coercitivas podem contribuir para a transmissão de repertórios violentos entre gerações.

Ao analisar situações de violência, é fundamental identificar antecedentes, respostas e consequências envolvidas. Em uma situação de castigo físico, por exemplo, pode-se investigar: quais comportamentos da criança antecedem a agressão; quais regras, crenças ou histórias de aprendizagem orientam a resposta do cuidador; quais consequências imediatas mantêm a prática violenta; e quais efeitos essa prática produz na criança, na relação familiar e no repertório de ambos.

Essa descrição de contingências tem a função de compreender funcionalmente comportamentos violentos para planejar intervenções mais efetivas. Intervir apenas dizendo ao cuidador que “não pode bater” pode ser insuficiente quando a violência está relacionada a crenças familiares, modelos intergeracionais, ausência de repertórios alternativos, sobrecarga emocional, falta de rede de apoio e condições materiais adversas.

Por isso, o trabalho clínico deve envolver o ensino de práticas parentais alternativas, o fortalecimento de repertórios de comunicação, a identificação e reforçamento de comportamentos adequados da criança, a construção de formas não violentas de estabelecer limites e a ampliação da rede de apoio familiar. Em muitos casos, também é necessário acionar serviços da rede de proteção, conforme a gravidade e o risco identificado.

Intervenções e fortalecimento familiar

Diante da complexidade da violência contra crianças e adolescentes, uma das formas fundamentais de enfrentamento consiste no fortalecimento das famílias responsáveis por sua proteção. Esse fortalecimento pode ocorrer por meio de orientação parental, acompanhamento psicológico, articulação com serviços de saúde, assistência social, educação e rede de proteção. No pacote técnico INSPIRE, elaborado por organismos internacionais para prevenção e resposta à violência contra crianças e adolescentes, são destacadas estratégias como apoio a pais e cuidadores, serviços de resposta e suporte, ambientes seguros, educação e desenvolvimento de

habilidades para a vida (World Health Organization, 2016). No contexto brasileiro, essa perspectiva se articula ao princípio da proteção integral, segundo o qual família, sociedade e Estado têm o dever de assegurar, com absoluta prioridade, os direitos de crianças e adolescentes e protegê-los de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988).

A disseminação de conhecimentos para crianças e adolescentes também é importante, pois favorece que conheçam seus direitos, reconheçam situações de violação e busquem ajuda. Entretanto, esse ponto deve ser tratado com cuidado: crianças e adolescentes não devem ser responsabilizados por impedir a violência. A responsabilidade pela proteção é dos adultos, das instituições e do Estado. Ainda assim, quando recebem informação adequada à idade, acolhimento e acesso a adultos e serviços protetivos, crianças e adolescentes podem ser fortalecidos como sujeitos de direitos. Essa compreensão é coerente com o Estatuto da Criança e do Adolescente e com a Lei 13.431/2017, que normatiza e organiza o sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência (Brasil, 1990a, 2017).

O trabalho de profissionais da saúde, da Psicologia, da Psiquiatria, da Assistência Social, da Educação e de outros setores é essencial na prevenção, identificação e intervenção diante de situações de violência. No entanto, para que essas intervenções sejam efetivas, é imprescindível considerar o contexto socioeconômico e cultural das famílias atendidas.

Um exemplo clínico pode ilustrar essa necessidade. Suponha-se que, em atendimento, seja identificada a prática de castigos físicos contra um adolescente. O pai compreende a agressão como forma de demonstrar cuidado, pois aprendeu que “bater” seria uma maneira de corrigir e preparar o filho para a vida. Além disso, associa a capacidade de suportar punições físicas à disciplina, à virilidade e à masculinidade, reproduzindo práticas aprendidas com seu próprio pai.

Nessa situação, uma intervenção efetiva não pode se limitar a instruir o cuidador a parar de bater. Antes disso, é necessário compreender a função que a prática violenta exerce para esse pai, as regras culturais que sustentam essa prática, a história familiar que a tornou aceitável e os repertórios alternativos disponíveis. A intervenção pode envolver a desconstrução gradual da associação entre violência, cuidado e masculinidade, o ensino de estratégias de responsabilização não violentas, o fortalecimento de habilidades de comunicação e a construção de novas formas de exercer autoridade parental.

Levar em conta essas condições não significa descaracterizar ou justificar a violência, mas compreendê-la em sua totalidade: de onde vem, como se mantém, quais efeitos produz e quais condições precisam ser alteradas para proteger a criança ou adolescente. Intervenções precisam considerar tanto o contexto macro, que envolve desigualdades sociais e culturais, quanto o contexto micro, que envolve práticas familiares, repertórios individuais e relações cotidianas.

No programa de extensão, as situações de violência são variadas e frequentemente envolvem a sobreposição de mais de um tipo de violência. Para analisar os casos e traçar caminhos possíveis com os pacientes e familiares, é necessário decompor esses padrões comportamentais violentos e compreendê-los dentro dos contextos em que ocorrem.

As diferentes formas de violência não costumam ocorrer de maneira isolada. Ao contrário, frequentemente se sobrepõem e produzem efeitos conectados no

desenvolvimento da criança e do adolescente. Uma criança exposta à violência física, por exemplo, pode também vivenciar violência psicológica, negligência emocional, violência intrafamiliar e condições de vulnerabilidade social. Esses eventos não devem ser compreendidos como experiências independentes, mas como contingências articuladas que podem afetar o repertório emocional, social, cognitivo e comportamental do indivíduo. Essa compreensão aproxima-se do conceito de **polivitimização**, utilizado para descrever a exposição de crianças e adolescentes a múltiplas formas de vitimização, condição associada a maior presença de sintomas traumáticos e sofrimento psicológico (Finkelhor et al., 2007).



Figura 1 - Sobreposição entre formas de violência e possíveis efeitos no desenvolvimento infantil e adolescente.

Nesse sentido, a utilização de um diagrama de intersecções, como o diagrama de Venn, pode auxiliar na visualização da sobreposição entre tipos de violência e seus possíveis efeitos (Figura 1). A violência física pode estar associada ao medo, à hipervigilância e à agressividade; a violência psicológica pode relacionar-se à baixa autoestima, ansiedade, retraimento e dificuldades de vínculo; a negligência pode comprometer repertórios de autocuidado, segurança e confiança no ambiente; e a violência sexual pode produzir respostas intensas de esquiva, culpa, vergonha, medo e alterações nas relações interpessoais. Quando essas formas se combinam, seus efeitos podem se potencializar, aumentando a vulnerabilidade ao desenvolvimento de sofrimento psicológico e transtornos psiquiátricos. Além disso, estudos sobre

experiências adversas na infância indicam que violência, abuso, negligência, testemunho de violência no lar ou na comunidade e condições que comprometem segurança, estabilidade e vínculo podem estar associados a prejuízos no desenvolvimento e à maior vulnerabilidade em saúde mental (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2026).

A partir da Análise do Comportamento, essa sobreposição pode ser compreendida como uma história de exposição a múltiplas contingências aversivas, nas quais respostas de fuga, esquiva, agressividade, submissão, isolamento ou hipervigilância podem ser selecionadas por suas consequências imediatas. Assim, aquilo que aparece clinicamente como sintoma pode ser compreendido também como parte de um repertório desenvolvido em contextos marcados por ameaça, imprevisibilidade, ausência de proteção e controle coercitivo. Essa leitura é coerente com a análise de Sidman sobre coerção, compreendida como controle por contingências de punição e reforçamento negativo, bem como com discussões analítico-comportamentais sobre os efeitos do controle aversivo no comportamento humano (Sidman, 1989/1995).

A violência nos casos atendidos

A compreensão das violências presentes nos casos atendidos pelo projeto de extensão passa por sua descrição, o que foi feito por meio de um sistema de codificação. A Tabela 1 apresenta as categorias de análise, as bases legais e possíveis consequências jurídicas utilizadas para definição do registro das violências.

Tabela 1 - Categorias de violência, principais bases legais e possíveis consequências jurídicas.

Categoria	Principal base legal	Natureza jurídica / possíveis consequências
Violência física (VF)	ECA, art. 18-A, incluído pela Lei Menino Bernardo, garante o direito de crianças e adolescentes serem educados sem castigo físico ou tratamento cruel/degradante - Lei nº 13.010/2014 (Brasil, 1990a; Brasil, 2014). Código Penal, art. 129, tipifica lesão corporal (Brasil, 1940)	Pode configurar crime, violação de direitos, ilícito civil e fundamento para medidas protetivas. O STJ reconheceu que agressões físicas ou verbais praticadas por adulto contra criança podem gerar dano moral <i>in re ipsa</i> , isto é, presumido. (STJ, 2012, 2014, 2017, 2022, 2024)
Violência psicológica/emocional (VP)	Lei 13.431/2017, art. 4º, II, define violência psicológica contra criança e adolescente como condutas que causem dano emocional, prejuízo ao desenvolvimento ou sofrimento psicológico (Brasil, 2017). ECA, arts. 17 e 18, protegem a integridade física, psíquica e moral e vedam tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (Brasil, 1990a).	Violação de direitos, ilícito civil, situação protetiva e, conforme o caso, pode compor outros crimes, como ameaça, constrangimento, maus-tratos ou violência doméstica e familiar contra criança/adolescente (STJ, 2012, 2014, 2017, 2022, 2024).
Violência sexual (VS)	Código Penal, art. 217-A, estupro de vulnerável quando a vítima é menor de 14 anos (Brasil, 1940). Lei 13.431/2017, art. 4º, III, abrange abuso sexual, exploração sexual comercial e tráfico de pessoas (Brasil, 2017).	Crime, em geral com tratamento penal grave; estupro de vulnerável é crime hediondo. A Súmula 593 do STJ estabelece que o crime se configura independentemente do consentimento da vítima, experiência sexual anterior ou relacionamento amoroso com o agente. (STJ, n.d.)

Categoria	Principal base legal	Natureza jurídica / possíveis consequências
Negligência física (NEF)	ECA, art. 22, atribui aos pais o dever de sustento, guarda e educação (Brasil, 1990a). Constituição Federal, art. 227, impõe à família, sociedade e Estado o dever de proteger crianças e adolescentes de negligência, violência e opressão (Brasil, 1988). Código Penal, art. 244, abandono material, quando há omissão injustificada de subsistência (Brasil, 1940).	Violação de direitos, possível crime de abandono material, fundamento para medidas protetivas e, em casos graves, suspensão ou destituição do poder familiar. O CNJ diferencia abandono material, intelectual e afetivo como formas distintas de omissão familiar. (Conselho Nacional de Justiça [CNJ], 2016, 2023)
Negligência educacional (NEE)	ECA, art. 53, direito à educação; ECA, art. 55, dever dos pais ou responsáveis de matricular filhos ou pupilos na rede regular de ensino; ECA, art. 22, dever de sustento, guarda e educação (Brasil, 1990a). Código Penal, art. 246, abandono intelectual (Brasil, 1940).	Violação de direitos e, quando sem justa causa, crime de abandono intelectual. Também pode fundamentar atuação do Conselho Tutelar, Ministério Público, medidas protetivas e, em situações graves e persistentes, ações relativas ao poder familiar. (Brasil, 2003, STJ, 2024)
Negligência emocional (NEM)	Constituição Federal, art. 227, proteção integral e dever de colocar crianças e adolescentes a salvo de negligência, crueldade e opressão (Brasil, 1988). ECA, arts. 17, 18 e 22, proteção da integridade psíquica e moral, dignidade, respeito e dever de cuidado (Brasil, 1990a). Lei 13.431/2017, art. 4º, II, quando a omissão afetiva ou relacional produz dano emocional ou prejuízo ao desenvolvimento (Brasil, 2017)	Em geral, violação de direitos, ilícito civil e fundamento para medidas protetivas. Pode ser discutida no campo do abandono afetivo; no REsp 1.159.242/SP, o STJ afirmou a ideia de que "cuidar é dever", embora isso deva ser usado com cautela por se tratar de precedente civil, não de tipo penal (STJ, 2012).
Exposição à violência (EV)	Lei 13.431/2017, art. 4º, II, b, considera violência psicológica o ato de expor criança ou adolescente, direta ou indiretamente, a crime violento contra membro de sua família ou rede de apoio (Brasil, 2017). Lei Henry Borel, Lei 14.344/2022, cria mecanismos para prevenção e enfrentamento da violência doméstica e familiar contra criança e adolescente (Brasil, 2022).	Violência psicológica típica, violação de direitos e fundamento para medidas protetivas. A Lei Henry Borel fortalece a proteção de crianças e adolescentes em contexto doméstico e familiar. (Brasil, 2022)

Nota - A tabela organiza bases legais utilizadas para fins de categorização clínica e documental das formas de violência identificadas nos casos atendidos. As referências legais não esgotam todas as possibilidades de responsabilização civil, penal ou protetiva, que dependem da análise concreta de cada situação. Algumas categorias, como negligência emocional e exposição à violência, podem não corresponder a um tipo penal autônomo, mas configuram violações de direitos e podem fundamentar medidas protetivas, responsabilização civil e atuação da rede de proteção.

Tabela 2 - Definição operacional das categorias analisadas e exemplos de indicadores clínicos.

Categoria	Definição operacional	Indicadores clínicos (exemplos)
Violência física (VF)	Uso de força física com potencial de causar dor, lesão ou sofrimento, com ou sem marcas visíveis.	Tapas, socos, surras, empurrões, espancamento, castigos físicos.
Violência psicológica/ Emocional (VP)	Ações verbais ou relacionais que humilham, ameaçam, rejeitam, aterrorizam ou desqualificam	Xingamentos, ameaças, humilhações, isolamento, rejeição, desvalorização ou invalidação.
Violência sexual (VS)	Envolvimento da criança/adolescente em atividade sexual, com ou sem contato físico, por coerção, ameaça, manipulação ou exploração.	Abuso sexual, exploração sexual, exposição a conteúdo sexual, toque forçado.
Negligência física (NEF)	Omissão persistente de cuidados básicos necessários ao desenvolvimento, quando há possibilidade de cuidado.	Falta de supervisão, de proteção, de alimentação, de cuidados com higiene, cuidados médicos ou com a saúde, abandono.
Negligência educacional (NEE)	Falha em garantir acesso ou acompanhamento escolar	Evasão escolar, não matrícula, ausência de acompanhamento

Categoria	Definição operacional	Indicadores clínicos (exemplos)
Negligência emocional (NEM)	Falta de responsividade afetiva e suporte emocional	Ausência de afeto, ignorar demandas emocionais, indisponibilidade
Exposição à violência (EV)	Presenciar ou viver em ambiente com violência	Vivenciar situações de violência doméstica, conflitos intensos, ambiente inseguro

Com base na categorização apresentada, a Tabela 3 sintetiza a ocorrência das categorias de violência identificadas nos casos atendidos. A ocorrência foi registrada como 1 quando a violência foi relatada ou verificada ao longo do acompanhamento, e como 0 quando não houve relato ou registro suficiente daquela categoria nos documentos analisados. Ressalta-se, entretanto, que a ausência de registro não deve ser compreendida como ausência definitiva da violência, mas apenas como ausência de evidência disponível nos materiais consultados. Nos casos em que o tempo de acompanhamento foi insuficiente para avaliação mais precisa, foi utilizada a sigla NI, correspondente a informação insuficiente. A tabela completa com a identificação das categorias de violência por caso encontra-se no Apêndice A. Optou-se por apresentá-la em apêndice para preservar a transparência dos dados e, ao mesmo tempo, manter a fluidez da leitura no corpo do capítulo.

Tabela 3 – Frequência das categorias de violência identificadas nas crianças e adolescentes atendidos

Categoria	Abreviação	Número de casos	Porcentagem
Violência física	VF	46	76,7%
Violência psicológica	VP	57	95,0%
Violência sexual	VS	17	28,3%
Negligência física	NEF	42	70,0%
Negligência educacional	NEE	44	73,3%
Negligência emocional	NEM	58	96,7%
Exposição à violência	EV	58	96,7%

Conforme apresentado na Tabela 3, as formas de violência mais frequentes entre as crianças e adolescentes analisados foram a exposição à violência e a negligência emocional, ambas identificadas em 58 casos (96,7%). Em seguida, observou-se elevada frequência de violência psicológica/emocional, presente em 57 casos (95%). Também foram identificadas violência física em 46 casos (76,7%), negligência educacional em 44 casos (73,3%) e negligência física em 42 casos (70%). A violência sexual foi registrada em 17 casos (28,3%). Esses dados indicam que, na amostra analisada, a violência aparece de forma expressiva e multifacetada, com destaque para formas relacionais e contextuais de violação, como exposição à violência, negligência emocional e violência psicológica/emocional.

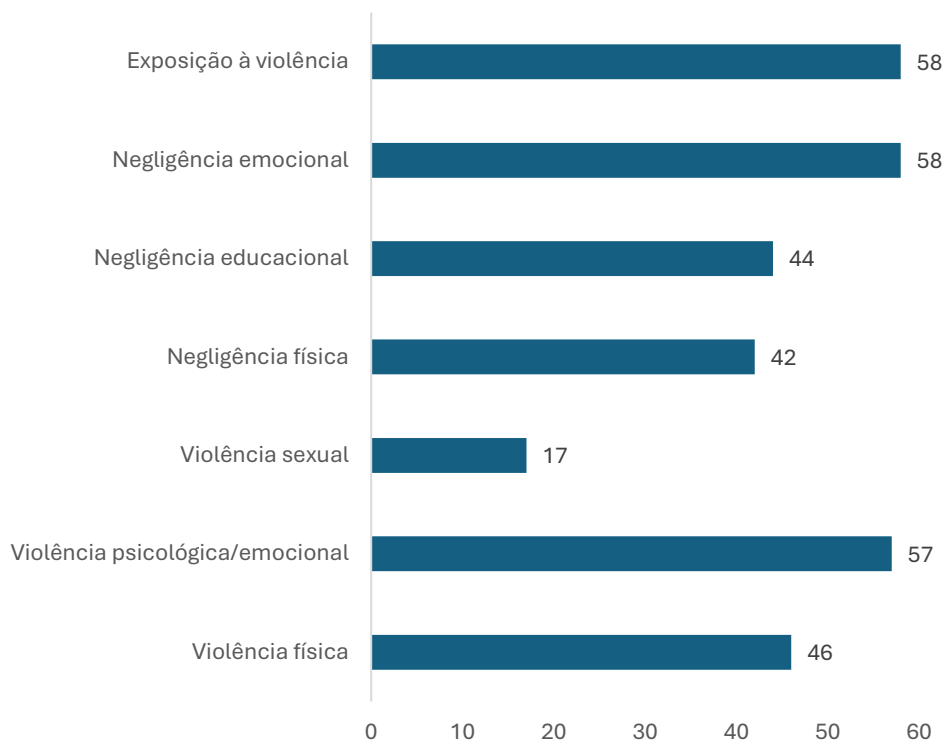


Figura 2 - Frequência dos tipos de violência identificados em crianças e adolescentes atendidos no programa de extensão universitária.

Os dados indicam que as formas mais frequentes de violência não foram necessariamente aquelas associadas a episódios pontuais e facilmente delimitáveis, como a violência sexual, mas aquelas que atravessam de maneira contínua as relações familiares e os contextos de desenvolvimento. A exposição à violência e a negligência emocional apareceram em quase todos os casos, seguidas pela violência psicológica/emocional. Esse resultado sugere que muitas crianças e adolescentes atendidos cresceram em ambientes nos quais a instabilidade, a ameaça, a ausência de cuidado emocional consistente e o controle coercitivo constituíam parte importante das contingências cotidianas.

A elevada frequência de violência psicológica/emocional, negligência emocional e exposição à violência também permite compreender por que muitos casos não podem ser analisados apenas a partir da topografia dos sintomas ou da hipótese diagnóstica inicial. Ansiedade, agressividade, retraimento, autolesão, dificuldades escolares, comportamentos opostos ou sintomas depressivos podem ser compreendidos, em muitos casos, como repertórios selecionados em contextos de imprevisibilidade, punição, abandono afetivo, conflitos familiares e ausência de proteção estável.

A violência sexual, embora menos frequente em termos quantitativos, exige destaque pela gravidade clínica e pelas consequências observadas nos casos em que

esteve presente. Sua menor frequência relativa não significa menor relevância, pois os casos envolvendo violência sexual frequentemente demandaram maior articulação com a rede de proteção, maior cuidado no manejo de vínculos, atenção à revitimização e análise cuidadosa dos repertórios de esquiva, medo, hipervigilância, sexualização, dissociação ou autolesão.

No que concerne aos cuidadores, a categorização foi realizada considerando as violências que ocorreram em suas histórias de vida e as aquelas que podem ser identificadas no contexto atual de cada caso. Dados completos se encontram no Apêndice B, seguindo a mesma composição realizada no registro das violências nos casos das crianças e adolescentes – 1 para ocorrência e 0 para quando a violência não foi relatada (o que não implica em sua não ocorrência).

Tabela 4 – Violências nos casos dos cuidadores atendidos, considerando a história de vida e o momento atual.

Categoria	História de vida	Contexto atual	Leitura clínica
Exposição à violência	19	19	Indica continuidade de contextos familiares marcados por conflitos e violência.
Negligência emocional	19	17	Sugere histórias de desproteção afetiva que podem afetar práticas atuais de cuidado.
Violência psicológica/emocional	18	15	Aponta manutenção de interações coercitivas e emocionalmente aversivas.
Violência física	12	7	Mostra redução em relação à história, mas permanência de práticas violentas em parte dos casos.
Violência sexual	5	4	Indica experiências graves que podem interferir em vínculos, proteção e repertórios parentais.
Negligência física	5	3	Aponta vulnerabilidades nas condições concretas de cuidado.
Negligência educacional	2	1	Menos frequente, mas relevante para análise das condições de desenvolvimento.
Violência patrimonial	—	5	Relacionada especialmente à dependência econômica, controle e vulnerabilidade familiar.

Os dados referentes aos cuidadores indicam elevada frequência de exposição à violência, tanto na história de vida quanto no contexto atual, ambas identificadas em 19 cuidadores (100%). Também se destacam a negligência emocional na história de vida, presente em 19 cuidadores (100%), e a violência psicológica/emocional histórica, registrada em 18 casos (94,7%). No contexto atual, a negligência emocional foi identificada em 17 cuidadores (89,5%), seguida pela violência psicológica/emocional atual, presente em 15 casos (78,9%). Esses achados sugerem que as crianças e adolescentes atendidos estão inseridos em contextos familiares nos quais a violência não aparece apenas como evento isolado da história infantil, mas como fenômeno que atravessa também a trajetória dos adultos responsáveis pelo cuidado.

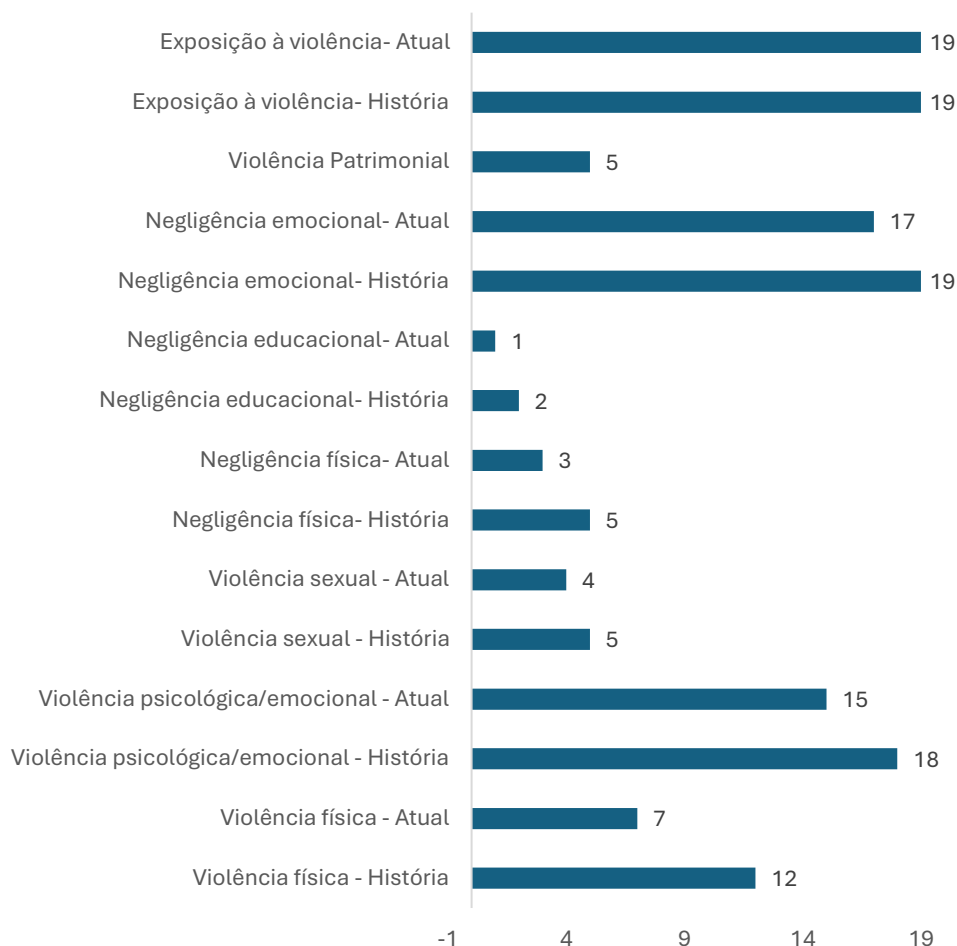


Figura 3 - Frequência dos tipos de violência identificados nos cuidadores atendidos no programa de extensão universitária, considerando a história de vida e o contexto atual.

A presença expressiva de violências na história dos cuidadores permite discutir a transmissão intergeracional de repertórios coercitivos. Cuidadores que foram expostos a práticas violentas, negligentes ou emocionalmente instáveis podem ter desenvolvido repertórios de cuidado sob controle de contingências aversivas, com menor acesso a modelos consistentes de proteção, acolhimento, monitoria positiva e resolução não violenta de conflitos.

Quando os dados das crianças, adolescentes e cuidadores são observados em conjunto, nota-se que a violência não aparece apenas como evento isolado na história da criança, mas como característica recorrente das relações familiares e das condições de vida. A elevada frequência de negligência emocional, violência psicológica e exposição à violência em ambos os grupos sugere que muitos cuidadores também

foram constituídos em contextos marcados por coerção, instabilidade afetiva e ausência de suporte. Assim, parte das práticas parentais observadas pode ser compreendida como repertório aprendido em histórias de vida nas quais o controle aversivo foi predominante.

Essa análise não tem a função de responsabilizar individualmente os cuidadores pelas condições adversas em que se constituíram, nem de justificar práticas violentas dirigidas às crianças e adolescentes. Ao contrário, permite compreender que a proteção infantil exige intervenções que alcancem também os adultos responsáveis pelo cuidado. Orientação parental, acompanhamento psicológico, articulação com a rede de proteção, acesso a políticas públicas e fortalecimento de repertórios de cuidado não coercitivo tornam-se, portanto, dimensões indispensáveis da intervenção.

Violência, controle aversivo e sofrimento psicológico

Discute-se, a seguir, três pontos relevantes a partir da literatura e dados apresentados: a violência como história de controle aversivo; as práticas educativas, coerção e desenvolvimento de repertórios; e por fim, a relação entre violência, vulnerabilidade e transtornos psiquiátricos.

Violência como história de controle aversivo

A exposição à violência na infância e na adolescência pode ser compreendida, pela Análise do Comportamento, como uma história de contato com contingências aversivas intensas, frequentes e, muitas vezes, imprevisíveis. O controle aversivo envolve relações comportamentais nas quais as respostas do indivíduo ficam sob controle de eventos que produzem dor, ameaça, medo, humilhação, privação, perda ou possibilidade de punição. Nesses contextos, respostas como fuga, esquiva, submissão, agressividade, isolamento, hipervigilância ou silêncio podem ser selecionadas por suas consequências imediatas, como evitar uma agressão, reduzir uma ameaça, escapar de uma situação dolorosa ou diminuir momentaneamente o contato com um cuidador violento.

A tradição analítico-comportamental brasileira tem contribuído para a discussão sobre o controle aversivo, destacando sua relevância para a compreensão de relações produzidas por punição, ameaça e coerção. Essa perspectiva permite analisar a violência não apenas como evento traumático isolado, mas como um conjunto de contingências que organiza o repertório da criança em torno da sobrevivência, da evitação e da redução de danos imediatos. Assim, comportamentos que podem aparecer clinicamente como “sintomas” — retraimento, irritabilidade, agressividade, oposição, medo intenso, apatia, hipervigilância ou dificuldades de vínculo — também podem ser compreendidos como respostas aprendidas em ambientes nos quais a previsibilidade, a proteção e o reforçamento positivo foram insuficientes (Sério & Micheletto, 2010).

Nessa direção, a violência deve ser compreendida como uma variável de grande relevância no desenvolvimento infantil, especialmente quando ocorre de forma precoce, repetida, intensa e associada à ausência de proteção. Quanto mais jovem a criança é exposta a práticas violentas, maior tende a ser o impacto sobre repertórios básicos ainda em formação, como regulação emocional, comunicação, vínculo,

autocuidado, tolerância à frustração, resolução de problemas e discriminação de ambientes seguros e inseguros. Documentos sobre violência na primeira infância destacam que crianças pequenas são particularmente vulneráveis aos efeitos da disciplina violenta, da agressão psicológica e da punição corporal, justamente por estarem em período sensível de desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e relacional (UNICEF, 2017).

Práticas educativas, coerção e desenvolvimento de repertórios

Essa compreensão dialoga diretamente com os estudos de Gomide et al. (2005) sobre práticas educativas parentais. No modelo de estilo parental proposto pela autora, práticas como abuso físico, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e negligência são consideradas práticas educativas negativas e relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos antissociais. Em contrapartida, monitoria positiva e comportamento moral são descritos como práticas favoráveis ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais (Gomide et al., 2005).

Quando práticas parentais coercitivas e negligentes predominam, a criança pode aprender padrões de interação baseados em medo, instabilidade, agressão, desconfiança e baixa sensibilidade às consequências sociais de seus atos. Em ambientes nos quais gritos, ameaças, punições físicas, humilhações, abandono afetivo ou imprevisibilidade são formas frequentes de interação, tais práticas podem ser aprendidas como modos possíveis — e, muitas vezes, eficazes a curto prazo — de produzir obediência, interromper conflitos, obter atenção ou reduzir situações aversivas (Bim & Fornazari, 2018; Patias et al., 2012).

Além disso, quanto mais frequentes e imprevisíveis forem essas experiências, maior a probabilidade de que a criança organize seu comportamento em torno de respostas de defesa, fuga, esquiva ou contra-ataque. De acordo com a Análise do Comportamento, essas respostas podem ser compreendidas como repertórios selecionados em contextos de punição e reforçamento negativo: a criança aprende a evitar, escapar, submeter-se, isolar-se ou reagir agressivamente quando tais respostas produzem redução imediata da ameaça ou do contato com estímulos aversivos. Essa leitura é coerente tanto com a discussão sobre controle aversivo quanto com os estudos sobre práticas educativas parentais, nos quais abuso físico, negligência, punição inconsistente e monitoria negativa aparecem como práticas associadas a desfechos comportamentais desfavoráveis (Sério & Micheletto, 2010; Gomide et al., 2005).

No campo da orientação parental, essa análise tem implicações importantes. Se a violência e o controle coercitivo contribuem para a instalação e manutenção de repertórios de sofrimento, a intervenção não pode limitar-se à redução de “comportamentos-problema” da criança. É necessário modificar as contingências familiares que os produzem e mantêm. Isso envolve ensinar cuidadores a reconhecer comportamentos adequados, ampliar o uso de reforçamento positivo, estabelecer limites consistentes e não violentos, reduzir práticas de punição física e humilhação, aumentar monitoria positiva e construir relações mais previsíveis e protetivas. Assim, a orientação parental torna-se uma estratégia fundamental tanto para prevenir o agravamento do sofrimento infantil quanto para favorecer repertórios alternativos incompatíveis com a violência (Garcia & Fornazari, 2024).

Violência, vulnerabilidade e transtornos psiquiátricos

A violência não deve ser tratada apenas como um “fator externo” aos transtornos psiquiátricos, mas como uma variável histórica e contextual que pode participar da constituição, manutenção e agravamento de repertórios de sofrimento. A literatura sobre experiências adversas na infância indica uma relação cumulativa entre a quantidade e/ou intensidade de adversidades vividas e o aumento do risco para dificuldades emocionais, comportamentais, de desenvolvimento e de saúde mental. Essa literatura sustenta a ideia de que a exposição repetida a eventos aversivos pode produzir efeitos amplos e persistentes ao longo do desenvolvimento (Webster, 2022; Daníelsdóttir et al., 2024).

Estudos sobre experiências adversas na infância indicam que abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência, violência familiar e outras adversidades estão associados a maior risco de desfechos negativos em saúde mental ao longo da vida, incluindo transtornos depressivos, ansiosos, relacionados ao estresse e ao uso de substâncias. Em estudo de coorte com gêmeos, Daníelsdóttir et al. (2024) observaram que a exposição a experiências adversas na infância permaneceu associada a transtornos psiquiátricos na vida adulta mesmo após controle de fatores familiares compartilhados, com destaque para maior risco após múltiplas adversidades ou abuso sexual.

Portanto, a relação entre violência e transtornos psiquiátricos deve ser compreendida de forma probabilística, contextual e multideterminada. A violência não produz, de modo linear e inevitável, um transtorno específico. No entanto, ela aumenta a vulnerabilidade ao sofrimento psicológico, especialmente quando ocorre em períodos precoces do desenvolvimento, quando se repete ao longo do tempo, quando envolve figuras de cuidado, quando é acompanhada de negligência e quando a criança não encontra contextos alternativos de proteção, acolhimento e reforçamento positivo.

Em síntese, a violência não deve ser entendida como causa única ou linear dos transtornos psiquiátricos, mas como uma variável histórica e contextual de grande relevância na constituição de vulnerabilidades. Quando ocorre precocemente, se repete ao longo do tempo, envolve figuras de cuidado e não é acompanhada por experiências consistentes de proteção, acolhimento e reparação, pode participar da instalação e manutenção de repertórios associados à ansiedade, depressão, transtornos relacionados ao trauma, comportamento opositor, agressividade, retraimento social, dificuldades de vínculo e desregulação emocional. Nessa perspectiva, os transtornos psiquiátricos podem ser compreendidos, em muitos casos, como expressões clínicas de histórias marcadas por contingências aversivas, privação de cuidado, relações coercitivas e repertórios desenvolvidos em ambientes de ameaça e imprevisibilidade (Moffitt, 2013; Daníelsdóttir et al., 2024).

Implicações clínicas e preventivas

As análises apresentadas ao longo deste capítulo indicam que a violência, em suas diferentes formas, deve ser considerada uma variável central na compreensão dos casos atendidos pelo programa de extensão. A frequência elevada de negligência emocional, exposição à violência, violência psicológica, violência física e negligências

física e educacional mostra que muitas crianças e adolescentes chegaram ao atendimento psicológico e psiquiátrico após trajetórias marcadas por desproteção, instabilidade, conflitos familiares, práticas coercitivas e ausência de cuidado consistente.

Do ponto de vista clínico, esses dados indicam que os comportamentos apresentados por crianças e adolescentes não devem ser compreendidos apenas pela topografia da queixa ou pela hipótese diagnóstica inicial. Agressividade, oposição, retraimento, ansiedade, medo, autolesão, dificuldades escolares, comportamentos sexualizados, sintomas depressivos ou crises emocionais precisam ser analisados em relação às histórias de vida e às contingências atuais que os produzem e mantêm. Isso não significa negar a relevância dos diagnósticos psiquiátricos, mas reconhecer que eles se tornam mais úteis quando articulados a uma análise funcional ampla, capaz de considerar ambiente familiar, práticas parentais, rede de apoio, história de violência e condições sociais de desenvolvimento.

Nesse sentido, a intervenção clínica não pode se restringir à criança ou ao adolescente. Muitos cuidadores também apresentaram histórias de violência, negligência e sofrimento psicológico, o que indica a necessidade de acolher e intervir sobre os repertórios dos adultos responsáveis pelo cuidado. Orientação parental, acompanhamento psicológico dos cuidadores, fortalecimento de práticas educativas não coercitivas, ampliação da monitoria positiva, construção de vínculos mais seguros e redução de punições físicas, humilhações e ameaças tornam-se estratégias fundamentais para alterar as contingências familiares relacionadas ao sofrimento infantil e adolescente.

Além disso, os dados reforçam que a clínica, sozinha, não é suficiente diante da complexidade das violências identificadas. Muitos casos exigem articulação com a escola, serviços de saúde, assistência social, Conselho Tutelar, sistema de justiça e demais dispositivos da rede de proteção. A atuação intersetorial é necessária não apenas para responder a situações de risco já instaladas, mas também para criar condições de prevenção, acompanhamento e reparação. Proteger crianças e adolescentes implica responsabilizar adultos, instituições e políticas públicas pela construção de ambientes mais seguros e menos coercitivos.

Assim, compreender a violência como variável histórica e contextual permite deslocar o foco de uma leitura individualizante do sofrimento para uma análise comprometida com as contingências que atravessam o desenvolvimento. A pergunta clínica deixa de ser apenas “qual transtorno essa criança apresenta?” e passa a incluir também: “em que condições esse repertório foi desenvolvido?”, “quais consequências o mantêm?”, “que formas de cuidado estiveram ausentes?” e “quais mudanças ambientais são necessárias para favorecer repertórios mais saudáveis?”.

Portanto, o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes exige uma prática clínica ética, contextualizada e socialmente comprometida. Explicar a violência não significa justificá-la, mas criar condições para preveni-la, interrompê-la e reduzir seus efeitos. No âmbito do programa de extensão, essa compreensão sustenta a importância do trabalho articulado entre Psicologia, Psiquiatria, famílias e rede de cuidado, reafirmando que a promoção de saúde mental na infância e adolescência depende da construção de ambientes protetivos, previsíveis, afetivos e capazes de ensinar formas não violentas de relação.

Referências

- Abranches, C. D. de, & Assis, S. G. de. (2011). A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(5), 843–854. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500003>
- Bessa, C. O., Costa, C. A., & Torres, M. S. (2016). *O segredo e sua força transgeracional em uma família*. Psicologia.pt.
- Bim, N. R., & Fornazari, S. A. (2018). Estilos parentais e transtornos psiquiátricos dos filhos: Uma perspectiva analítico-comportamental. In *Anais do V Congresso de Psicologia e Análise do Comportamento e VI Jornada de Análise do Comportamento – UEL: Psicologia a serviço da sociedade* (pp. 133–134). Universidade Estadual de Londrina.
- Brasil. (1940, 7 de dezembro). *Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Código Penal. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
- Brasil. (1988, 5 de outubro). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (1990a, 13 de julho). *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Estatuto da Criança e do Adolescente. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
- Brasil. (1990b, 19 de setembro). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Brasil. (2001, 6 de abril). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001: Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2002). *Violência intrafamiliar: Orientações para prática em serviço* (Cadernos de Atenção Básica, n. 8). Ministério

da Saúde.

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf

Brasil. (2003, 1 de outubro). *Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003*. Estatuto do Idoso. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10/741.htm

Brasil. (2006, 7 de agosto). *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Lei Maria da Penha. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2010). *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: Orientação para gestores e profissionais de saúde*. Ministério da Saúde.

Brasil. (2012, 18 de janeiro). *Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012*. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12594.htm

Brasil. (2014, 26 de junho). *Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014*. Lei Menino Bernardo. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/13010.htm

Brasil. (2017, 4 de abril). *Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017*. Lei da Escuta Protegida. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/13431.htm

Brasil. (2022, 24 de maio). *Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022*. Lei Henry Borel. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/14344.htm

Carvalho, H. M. B. (2010). *Violência doméstica contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza* [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-12052010-120051/>

Centers for Disease Control and Prevention. (2026). *About adverse childhood experiences*. <https://www.cdc.gov/aces/about/index.html>

Conselho Nacional de Justiça. (2016, 31 de maio). *Resolução nº 225*. Dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário. <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2289>

Conselho Nacional de Justiça. (2023). *Resolução nº 492*. Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero. <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4933>

Daníelsdóttir, H. B., Aspelund, T., Shen, Q., Halldorsdottir, T., Jakobsdóttir, J., Song, H., Lu, D., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Fall, K., Fang, F., & Valdimarsdóttir, U. A. (2024). Adverse childhood experiences and adult mental health outcomes. *JAMA Psychiatry*, 81(6), 586–594. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0039>

Deslandes, S. F., Assis, S. G. de, & Santos, N. C. dos. (2005). Violências envolvendo crianças no Brasil: Um plural estruturado e estruturante. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* (pp. 43–67). Ministério da Saúde.

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7–26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>

Garcia, M. E. F., & Fornazari, S. A. (2024). Negligência como variável relevante no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na infância: Revisão de literatura. In J. C. Luzia, S. C. Murari, S. R. de Souza, & V. B. Haydu (Orgs.), *Psicologia e análise do comportamento: Aplicações à educação e saúde* (pp. 85–96). Ed. dos Autores.

Gomide, P. I. C., Salvo, C. G. de, Pinheiro, D. P. N., & Sabbag, G. M. (2005). Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. *Psico-USF*, 10(2), 169–178.

Miura, P. O., Silva, A. C. dos S., Pedrosa, M. M. M. P., & Costa, M. L. (2018). Violência doméstica ou violência intrafamiliar: Análise dos termos. *Psicologia & Sociedade*, 30, e179670. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30179670>

Moffitt, T. E. (2013). Childhood exposure to violence and lifelong health: Clinical intervention science and stress-biology research join forces. *Development and Psychopathology*, 25(4 Pt 2), 1619–1634. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000801>

Patias, N. D., Siqueira, A. C., & Dias, A. C. G. (2012). Bater não educa ninguém! Práticas educativas parentais coercitivas e suas repercussões no contexto escolar. *Educação e Pesquisa*, 38(4), 981–996. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022012000400013>

Sério, T. M. de A. P., & Micheletto, N. (2010). Maria Amélia Matos e o estudo do controle aversivo: Uma contribuição exemplar. *Psicologia USP*, 21(2), 241–251.

<https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000200003>

Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações* (M. A. Andery & T. M. Sério, Trans.). Editorial Psy. (Trabalho original publicado em 1989).

Superior Tribunal de Justiça. (n.d.). *Súmula nº 593*. Brasília, DF.

Superior Tribunal de Justiça. (2012, 12 de junho). *Recurso Especial nº 1.159.242/SP*. Relatora Ministra Nancy Andrighi.

Superior Tribunal de Justiça. (2014). *Informativo de Jurisprudência nº 551*. Brasília, DF.

Superior Tribunal de Justiça. (2017, 13 de fevereiro). *Recurso Especial nº 1.642.318/MS*. Relatora Ministra Nancy Andrighi.

Superior Tribunal de Justiça. (2022). *Informativo de Jurisprudência nº 732*. Brasília, DF.

Superior Tribunal de Justiça. (2024). *Informativo de Jurisprudência nº 836*. Brasília, DF.

Superior Tribunal de Justiça. (2025). *Informativo de Jurisprudência nº 855*. Brasília, DF.

UNICEF. (2017). *Violence in early childhood*. UNICEF Latin America and Caribbean Regional Office.

Webster, E. M. (2022). The impact of adverse childhood experiences on health and development in young children. *Global Pediatric Health*, 9, 1–11.

<https://doi.org/10.1177/2333794X221078708>

World Health Organization. (2016). *INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children*. World Health Organization.

World Health Organization. (2024). *Violence against children*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>

World Health Organization, UNICEF, & UNESCO. (2020). *Global status report on preventing violence against children*. WHO. <https://www.unicef.org/reports/global-status-report-preventing-violence-against-children-2020>

Apêndice A – Ocorrência de violências nos casos das crianças e adolescentes atendidos e seus diagnósticos

	Diagnóstico na triagem	VF	VP	VS	NEF	NEE	NEM	EV
Cr1	Síndrome de Tourette e TDAH	1	1	0	0	0	1	1
Cr2	Ansiedade e TDAH	1	1	0	0	0	1	1
Cr3	TDAH	1	1	0	0	1	1	1
Cr4	Alteração no Sistema Nervoso, Transtorno de Ansiedade	0	1	0	0	1	1	1
Cr5	Em estudo	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
Cr6	Vertigem Posicional Fóbica, Síndrome do Pânico	1	1	0	1	1	1	1
Cr7	TDAH, Transtorno de conduta	1	1	0	1	1	1	1
Cr8	TDAH	1	1	0	1	1	1	1
Cr9	Ansiedade de Separação.	1	1	0	1	1	1	1
Cr10	Nenhuma	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
Cr11	TDAH	1	1	0	1	1	1	1
Cr12	Episódio depressivo, TOC, TOD e TDAH	1	1	1	1	1	1	1
Cr13	Depressão e Ansiedade de separação	1	1	1	1	1	1	1
Cr14	TDAH e TGD	1	1	0	1	1	1	1
Cr15	TOD e TDAH	1	1	0	1	1	1	1
Cr16	TOC, TDAH	1	1	0	0	0	1	1
Cr17	TDAH e Transtorno de Ansiedade	0	1	0	0	1	1	1
Cr18	Transtorno opositor desafiante e ansiedade, tentativa de suicídio	1	1	1	1	1	1	1

	Diagnóstico na triagem	VF	VP	VS	NEF	NEE	NEM	EV
Cr19	Transtorno de Estresse Pós-Traumático e possibilidade de desenvolvimento de transtorno de personalidade	1	1	1	1	1	1	1
Cr20	Episódio depressivo moderado e sintomas de TOC	1	1	0	1	1	1	1
Cr21	Depressão e TEPT	1	1	1	1	1	1	1
Cr22	TDAH, hipótese de TEA	1	1	0	0	1	1	1
Cr23	Transtorno de Ansiedade e Compulsão alimentar	1	1	0	1	1	1	1
Cr24	Transtorno de Ansiedade	1	1	1	1	1	1	1
Cr25	Esquizofrenia e TEPT	1	1	1	1	1	1	1
Cr26	TDAH	1	1	0	1	1	1	1
Cr27	TOD, Depressão e Transtorno bipolar	1	1	0	0	0	1	1
Cr28	TOD	1	1	0	1	0	1	1
Cr29	Transtorno de ansiedade de separação	1	1	0	0	0	1	1
Cr30	Fobia social, Transtorno de ansiedade e Compulsão alimentar.	1	1	0	1	1	1	1
Cr31	TDAH, Ansiedade, TOD e TEA	1	1	1	1	1	1	1
Cr32	TEA, TDAH e Transtorno de Personalidade Cluster A	1	1	1	1	1	1	1
Cr33	TEA	1	1	0	0	0	1	1
Cr34	Transtorno de Ansiedade, Fobia social e Episódio depressivo grave	1	1	0	1	1	1	1
Cr35	Nenhum	1	1	0	1	1	1	1
Cr36	TEPT, TDAH e DI	1	1	1	1	1	1	1
Cr37	TDAH e sintomas ansiosos	1	1	0	1	0	1	1
Cr38	Transtorno de ansiedade	1	1	1	1	1	1	1
Cr39	Ansiedade de Separação	0	1	0	0	1	1	1
Cr40	TDAH	0	0	0	0	0	1	1
Cr41	TDAH e TOD	1	1	0	1	1	1	1
Cr42	Pensamentos suicidas	1	1	0	1	1	1	1

	Diagnóstico na triagem	VF	VP	VS	NEF	NEE	NEM	EV
Cr43	Nenhum	1	1	0	1	1	1	1
Cr44	Depressão, tentativa de suicídio	1	1	0	1	1	1	1
Cr45	Não consta.	0	1	1	1	1	1	1
Cr46	Transtorno de Ansiedade e Depressão	1	1	1	1	1	1	1
Cr47	Fobia social, TDAH	1	1	0	1	1	1	1
Cr48	Déficit intelectual e em habilidades sociais	1	1	1	1	1	1	1
Cr49	Dificuldade de aprendizagem, Déficit intelectual e Fobia social	0	1	0	0	0	1	1
Cr50	TDAH, depressão e ansiedade	0	1	0	1	1	1	1
Cr51	Depressão, Transtorno de ansiedade e Fobia social	1	1	1	1	1	1	1
Cr52	TDAH e Transtorno Bipolar	0	1	0	1	1	1	1
Cr53	Transtorno Bipolar e TEA	0	1	0	1	1	1	1
Cr54	TEA	1	1	0	0	0	1	1
Cr55	Transtorno Bipolar, Epilepsia, possível ansiedade -	0	1	0	1	1	1	1
Cr56	Deficiência intelectual	1	1	0	1	0	1	1
Cr57	Transtorno de Conduta	1	1	1	1	1	1	1
Cr58	TEA e TDAH, em surto psicótico	0	1	0	0	0	1	1
Cr59	TOC, Bulimia e Ansiedade (Altas habilidades?)	0	1	0	0	1	1	1
Cr60	Não consta	1	1	1	1	0	1	1
Total		46	57	17	42	44	58	58
Porcentagem		76,7	95	28,3	70	73,3	96,70	96,7

Nota - VF = violência física; VP = violência psicológica; VS = violência sexual; NEF = negligência física; NEE = negligência educacional; NEM = negligência emocional; EV = exposição à violência. O código 1 indica que a categoria de violência foi relatada ou verificada ao longo do acompanhamento; o código 0 indica que não houve relato ou registro daquela categoria nos documentos analisados. A ausência de registro não deve ser compreendida como ausência definitiva da violência, mas apenas como ausência de evidência disponível nos materiais consultados. Quando o tempo de acompanhamento ou os registros foram insuficientes para avaliação da categoria, foi utilizado NI = informação insuficiente.

Apêndice B – Ocorrência de violências na história de vida e atual nos casos dos cuidadores

	VF/H	VF/A	VP/H	VP/A	VS/H	VS/A	NEF/H	NEF/A	NEE/H	NEE/A	NEM/H	NEM/A	VPatr	EV/H	EV/A
Cuid1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Cuid2	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1
Cuid3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1
Cuid4	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Cuid5	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Cuid6	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Cuid7	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1
Cuid8	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Cuid9	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Cuid10	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Cuid11	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
Cuid12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Cuid13	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
Cuid14	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Cuid15	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1
Cuid16	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Cuid17	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Cuid18	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Cuid19	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Total	12	7	18	15	5	4	5	3	2	1	19	17	5	19	19

Nota - VF/H = violência física na história de vida; VF/A = violência física atual; VP/H = violência psicológica na história de vida; VP/A = violência psicológica atual; VS/H = violência sexual na história de vida; VS/A = violência sexual atual; NEF/H = negligência física na história de vida; NEF/A = negligência física atual; NEE/H = negligência educacional na história de vida; NEE/A = negligência educacional atual; NEM/H = negligência emocional na história de vida; NEM/A = negligência emocional atual; VPatr = Violência Patrimonial; EV/H = exposição à violência na história de vida e EV/A = exposição à violência atual. O código 1 indica que a categoria de violência foi relatada ou verificada ao longo do acompanhamento; o código 0 indica que não houve relato ou registro daquela categoria nos documentos analisados. A ausência de registro não deve ser compreendida como ausência definitiva da violência, mas apenas como ausência de evidência disponível nos materiais consultados. Quando o tempo de acompanhamento ou os registros foram insuficientes para avaliação da categoria, foi utilizado NI = informação insuficiente.

CAPÍTULO 4

ENTRE ESCUTAS, DIREITOS E PROTEÇÃO: PSICOLOGIA E DIREITO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

*BETWEEN LISTENING, RIGHTS, AND PROTECTION: PSYCHOLOGY AND LAW
IN ADDRESSING VIOLENCE AGAINST WOMEN*

Marianne Vieira Fernandes Kudo
Renata Possobom Molina
Claudete Carvalho Canezin
Sílvia Aparecida Fornazari

Resumo

O presente capítulo tem como objetivo discutir a violência doméstica e familiar contra a mulher no contexto da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), apresentando a atuação do Núcleo de Atendimento de Violência Doméstica na Delegacia da Mulher (NUAVIDEM), em Londrina/PR. O método adotado consiste em uma reflexão teórico-prática, fundamentada na legislação brasileira, em documentos orientadores sobre avaliação de risco e na experiência de atuação do NUAVIDEM junto a mulheres em situação de violência. Como resultados, destaca-se a importância do acolhimento humanizado, da escuta qualificada e da aplicação do Formulário Nacional de Avaliação de Risco (FONAR) como instrumentos de proteção, prevenção e encaminhamento adequado. O capítulo também evidencia que os impactos da violência doméstica ultrapassam a mulher diretamente vitimada, afetando a maternidade, o desenvolvimento infantil e a organização familiar. Discute-se que o enfrentamento da violência de gênero exige práticas institucionais integradas, políticas públicas efetivas e articulação entre segurança pública, assistência social, saúde, Psicologia e Direito. Conclui-se que a atuação especializada e humanizada pode contribuir para a garantia de direitos humanos, a ampliação da rede de apoio e a ruptura do ciclo da violência.

Palavras-chave: violência doméstica; Lei Maria da Penha; FONAR; NUAVIDEM; maternidade.

Abstract

This chapter aims to discuss domestic and family violence against women within the context of the Maria da Penha Law (Law No. 11.340/2006), presenting the work of the Domestic Violence Assistance Center at the Women's Police Station (NUAVIDEM) in Londrina, Paraná, Brazil. The method adopted consists of a theoretical-practical reflection grounded in Brazilian legislation, guiding documents on risk assessment, and NUAVIDEM's experience in assisting women experiencing violence. The results highlight the importance of humanized care, qualified listening, and the application of the National Risk Assessment Form (FONAR) as tools for protection, prevention, and appropriate referral. The chapter also demonstrates that the impacts of domestic violence extend beyond the directly victimized woman, affecting motherhood, child development, and family organization. The discussion emphasizes that addressing gender-based violence requires integrated institutional practices, effective public policies, and coordination among public security, social assistance, health care, Psychology, and Law. The chapter concludes that specialized and humanized interventions can contribute to the protection of human rights, the strengthening of support networks, and the breaking of the cycle of violence.

Keywords: domestic violence; Maria da Penha Law; FONAR; NUAVIDEM; motherhood.

Uma contextualização inicial

Este capítulo foi pensado a partir da importância da violência doméstica como variável relevante no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e de sofrimento psicológico, conforme discutido no Capítulo 3. Na população atendida pelo projeto de extensão anteriormente apresentado, observou-se que todas as crianças e adolescentes analisados foram expostos a alguma forma de violência. Esse dado evidenciou a necessidade de ampliar a discussão para outros contextos de cuidado, proteção e enfrentamento da violência, especialmente aqueles que atuam diretamente com mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

Durante o período de vigência do projeto anteriormente descrito, a Profa. Dra. Silvia Aparecida Fornazari foi convidada a atuar como supervisora da psicóloga vinculada a outro projeto de extensão, coordenado pela Profa. Dra. Claudete Carvalho Canezin: o NUAVIDEM – Núcleo de Atendimento de Violência Doméstica na Delegacia da Mulher. A decisão de incluir este capítulo no livro está relacionada à elevada frequência de violências classificadas como intrafamiliares na população estudada, bem como à importância que a Delegacia da Mulher pode exercer para essas famílias e para outras vítimas de violência no contexto brasileiro e mundial.

Dessa forma, este capítulo amplia a discussão sobre violência ao articular dois campos de atuação extensionista: de um lado, o atendimento psicológico a crianças e adolescentes expostos à violência e, de outro, o acolhimento jurídico e psicológico de mulheres em situação de violência doméstica e familiar. Essa aproximação permite compreender que a violência não se restringe a episódios isolados, mas atravessa relações familiares, histórias de vida, práticas parentais, maternidades, vínculos conjugais e trajetórias de desenvolvimento.

A violência doméstica e de gênero

A Organização Mundial da Saúde define violência como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, prejuízo ao desenvolvimento ou privação” (Krug et al., 2002, p. 5). Essa definição permite compreender a violência como um fenômeno multifacetado, que pode ser sistematizado em três categorias principais: autoinfligida, interpessoal e coletiva, cada qual subdividida em diferentes manifestações (Zuma, 2005, p. 2).

No âmbito da violência interpessoal, destaca-se aquela que se insere nas dinâmicas familiares, englobando, entre outras formas, a violência entre parceiros íntimos. Trata-se de um fenômeno de elevada incidência e relevância social, especialmente quando analisado em sua relação com desigualdades de gênero, relações de poder e práticas historicamente naturalizadas de controle sobre a autonomia, o corpo e a vida das mulheres.

De maneira complementar, um relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), publicado em 2006, estabelece que a “violência contra a mulher” consiste em todo ato de violência fundamentado em razões de gênero, direcionado especificamente às mulheres (Gadoni-Costa & Dell’Aglia, 2009, p. 152). A literatura científica aponta que essa modalidade de violência não constitui um fenômeno recente; ao contrário, apresenta-se como uma prática historicamente recorrente, enraizada em múltiplos determinantes sociais, culturais e estruturais.

A violência contra a mulher é considerada pela Organização Mundial da Saúde como uma violação dos direitos humanos desde 2002. Essa discussão foi fundamental para a promulgação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), que tem por objetivo coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, bem como responsabilizar adequadamente os agressores.

O art. 7º da Lei nº 11.340/2006 estabelece como formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras, a violência física, a violência psicológica, a violência sexual, a violência patrimonial e a violência moral (Brasil, 2006).

A violência física compreende toda ação voltada a causar lesões corporais ou sofrimento físico, manifestando-se por meio de agressões como tapas, empurrões, chutes, socos, queimaduras, perfurações e disparos de arma de fogo, entre outras condutas. A violência patrimonial refere-se a qualquer ato de subtração, retenção, destruição ou dano de bens, objetos pessoais, documentos ou instrumentos de trabalho pertencentes à vítima.

A violência sexual caracteriza-se por práticas que constroem ou obrigam a mulher, mediante coação ou intimidação, a presenciar, manter ou participar de relações sexuais contra sua vontade, englobando ainda outras formas de violação da liberdade sexual. A violência moral consiste em condutas que configurem calúnia, difamação ou injúria, atingindo a honra subjetiva e objetiva da mulher.

Por fim, a violência psicológica, de natureza mais insidiosa e cumulativa, manifesta-se por comportamentos que acarretam danos emocionais e comprometimento da autoestima da vítima, tais como humilhações, ameaças, intimidações, coações, xingamentos, desvalorização, isolamento, desrespeito e outras

práticas de dominação simbólica que resultam na violação de sua dignidade e integridade psíquica (Brasil, 2006).

A Lei Maria da Penha e o enfrentamento da violência contra a mulher

A promulgação da Lei nº 11.340, em 7 de agosto de 2006, denominada Lei Maria da Penha, representou um marco jurídico e social no enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil, ao instituir mecanismos destinados à prevenção, proteção e repressão dessa forma de violência.

O nome da legislação homenageia a trajetória de Maria da Penha Maia Fernandes, cuja luta por justiça, após ter sobrevivido a graves episódios de violência de gênero, tornou-se símbolo da resistência e da mobilização em prol da efetivação dos direitos das mulheres (Ferraz et al., 2023). A lei foi concebida com o propósito de assegurar às vítimas condições para viverem livres da violência, garantindo a preservação de sua integridade física, psicológica e moral (Instituto Maria da Penha, 2023).

Para além da proteção imediata, a normativa estabelece instrumentos de apoio integral, envolvendo assistência jurídica, psicológica e social, de modo a ampliar a rede de amparo às mulheres em situação de violência (Brasil, 2006). Reconhecida internacionalmente, a Lei Maria da Penha foi classificada pela Organização das Nações Unidas como uma das legislações mais avançadas do mundo no combate à violência contra a mulher.

Entre seus dispositivos mais relevantes, destacam-se as medidas protetivas de urgência, que devem ser apreciadas pelo Poder Judiciário no prazo de até 48 horas, com o objetivo de resguardar a vida, a dignidade e a segurança das vítimas. Embora a denúncia de violência doméstica possa ser formalizada em qualquer unidade policial, as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) configuram-se como órgãos de referência, por reunirem estrutura e apoio especializado direcionados à prevenção, proteção e investigação dos crimes de violência de gênero.

O artigo 3º da Lei Maria da Penha consagra o direito fundamental das mulheres ao acesso à justiça, assegurando-lhes a efetividade das garantias legais e a proteção integral contra todas as formas de violência (Brasil, 2006). Nesse contexto, a articulação entre Direito e Psicologia torna-se especialmente relevante, pois permite que a mulher seja acolhida não apenas como sujeito de um procedimento jurídico, mas também como pessoa em sofrimento, muitas vezes marcada por medo, culpa, ambivalência, ameaça e fragilização de sua rede de apoio.

O Formulário Nacional de Avaliação de Risco (FONAR)

O Formulário Nacional de Avaliação de Risco (FONAR), instituído pela Resolução Conjunta CNJ/CNMP nº 5/2020 como parte da Política Judiciária Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, é um instrumento utilizado para identificar possíveis fatores de risco aos quais a mulher pode estar exposta, bem como a gravidade das situações de violência no âmbito das relações domésticas e familiares (Conselho Nacional de Justiça & Conselho Nacional do Ministério Público, 2020).

A Lei nº 14.149, de 5 de maio de 2021, instituiu o FONAR, que deve ser aplicado à mulher vítima de violência doméstica e familiar quando há solicitação de medida protetiva, observado o disposto na Lei nº 11.340/2006. O instrumento subsidia a

atuação dos órgãos de segurança pública, do Ministério Público, do Poder Judiciário e dos demais órgãos e entidades da rede de proteção (Brasil, 2021).

O FONAR é composto por questões objetivas e sua aplicação deve ocorrer, preferencialmente, pela Polícia Civil no momento do registro da ocorrência. Quando isso não for possível, a aplicação pode ser realizada pelo Ministério Público ou pelo Poder Judiciário durante o primeiro atendimento prestado à mulher em situação de violência doméstica e familiar.

Após sua aplicação, o formulário passa a integrar os autos de inquéritos policiais e demais procedimentos judiciais e administrativos relacionados aos casos de violência doméstica e familiar. Dessa forma, desempenha papel fundamental na subsídioção de pedidos de medidas protetivas de urgência, medidas cautelares diversas e demais encaminhamentos realizados no âmbito da rede de proteção.

Assim, o FONAR configura-se como um mecanismo essencial para a gestão integrada dos riscos, contribuindo para a efetividade das políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero (Conselho Nacional de Justiça & Conselho Nacional do Ministério Público, 2020). Além disso, no contexto de projetos de extensão como o NUAVIDEM, sua aplicação também se articula ao acolhimento inicial, permitindo identificar riscos, orientar a mulher e encaminhá-la para serviços jurídicos, psicológicos, assistenciais e de saúde.

O NUAVIDEM: origem, objetivos e atuação institucional

O NUAVIDEM – Núcleo de Atendimento de Violência Doméstica na Delegacia da Mulher, fundado em 2023, é um programa da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI), vinculado ao projeto Universidade Sem Fronteiras (USF), com recursos do Fundo Paraná. É executado pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), por meio de sua Pró-Reitoria de Extensão (PROEX), como um projeto de pesquisa e extensão.

O projeto tem como objetivo geral atender mulheres em situação de violência doméstica e familiar da comarca de Londrina/PR que procuram a Delegacia da Mulher para noticiar violências sofridas no âmbito doméstico e familiar, por meio do registro do boletim de ocorrência. Sua finalidade consiste em oferecer orientações e auxílios jurídicos e psicológicos dentro da própria delegacia de polícia, esclarecendo dúvidas sobre medidas protetivas e processos familiares, como divórcio, dissolução de união estável, alimentos, guarda, visitas dos filhos, partilha de bens e execução de alimentos.

Nesse sentido, os objetivos específicos do projeto incluem: pesquisar as causas da violência mais recorrentes na comarca de Londrina; informar e esclarecer a população feminina vítima de violência doméstica sobre seus direitos; auxiliar a vítima, durante a oitiva, na elaboração do boletim de ocorrência; descrever pormenorizadamente o ocorrido com o intuito de embasar a orientação jurídica; realizar, junto à delegacia de polícia e às escrivãs, encaminhamentos aos órgãos responsáveis; encaminhar as mulheres ao Núcleo Maria da Penha (NUMAPE), projeto de extensão da UEL que fornece acesso gratuito à justiça; demonstrar a importância da denúncia e da medida protetiva; orientar sobre a utilização correta do botão do pânico e de aplicativos similares; e realizar os encaminhamentos necessários para minimizar a situação de violência e vulnerabilidade vivenciada pela mulher.

A atuação ocorre dentro da Delegacia da Mulher de Londrina, onde é realizado o primeiro contato com as vítimas que solicitam medidas protetivas. A equipe é composta por duas advogadas, uma psicóloga e uma estagiária de Direito. As atividades desenvolvidas são supervisionadas pela coordenadora Profa. Dra. Claudete Carvalho Canezin e pela supervisora Profa. Dra. Sílvia Aparecida Fornazari.

Os atendimentos, em sua maioria, são realizados de maneira conjunta entre as profissionais e têm como objetivo acolher a vítima e esclarecer eventuais dúvidas. Entre os serviços realizados, destacam-se: preenchimento do FONAR; esclarecimento de dúvidas sobre questões jurídicas; acolhimento psicológico individualizado e pontual; encaminhamentos para núcleos parceiros, como NEDDI (Núcleo de Estudo e Defesa dos Direitos da Infância e Juventude) e NUMAPE; encaminhamentos gerais para serviços da rede; e encaminhamentos psicológicos para clínicas-escola e outros serviços de saúde.

Embora a proposta do NUAVIDEM represente um importante avanço no enfrentamento à violência de gênero, identifica-se como limitação o caráter pontual do atendimento psicológico oferecido. Essa limitação, entretanto, não diminui sua relevância, pois o acolhimento inicial, quando realizado de forma ética, humanizada e articulada à rede de proteção, pode favorecer a tomada de decisão, reduzir a revitimização e ampliar as possibilidades de cuidado.

O atendimento humanizado e a prevenção da revitimização

O acolhimento qualificado das vítimas configura-se como uma medida essencial para a redução dos elevados índices de violência, uma vez que contribui para a prevenção da revitimização, especialmente no caso das mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

A violência secundária pode levar à desistência da mulher em denunciar seus agressores ou em dar continuidade aos processos criminais, contribuindo para a perpetuação do ciclo da violência. Desse modo, o NUAVIDEM tem por objetivo servir como suporte e apoio para essas vítimas, garantindo seus direitos e acolhendo-as de forma qualificada, por meio de um atendimento humanizado que favoreça a segurança, o respeito e a redução da exposição repetida ao relato traumático.

A equipe do NUAVIDEM atua com uma abordagem ética e empática, reconhecendo que relatar situações de violência pode ser extremamente doloroso. Assim, busca romper com práticas institucionalizadas que, muitas vezes, expõem as vítimas a novos traumas e dificultam o enfrentamento da violência. Nesse sentido, o atendimento interdisciplinar contribui para o fortalecimento da dignidade da mulher e para a construção de caminhos possíveis de enfrentamento e ruptura do ciclo da violência.

A presença da Psicologia nesse contexto possibilita uma escuta sensível às dimensões emocionais da violência, enquanto o Direito contribui para a orientação sobre medidas legais de proteção, garantia de direitos e encaminhamentos jurídicos. A integração dessas áreas é fundamental para que a mulher não seja reduzida à condição de vítima ou de informante de um processo, mas reconhecida como sujeito de direitos, de história e de cuidado.

Os impactos da violência doméstica sobre a maternidade

A família, enquanto primeira instituição social, é o local onde os sujeitos estabelecem suas relações mais íntimas, sendo também o espaço onde aprendem a lidar com sentimentos, vínculos e diferentes formas de resolver conflitos. Esses aprendizados podem se perpetuar entre gerações, sendo transmitidos e incorporados por novas configurações familiares, carregando consigo valores, comportamentos e modelos relacionais.

Quando se fala em violência no âmbito familiar, é imprescindível compreender os efeitos dessa transmissão de padrões de comportamento e como o ambiente familiar, que deveria funcionar como espaço de proteção, pode transformar-se em cenário de insegurança e sofrimento emocional (Lima et al., 2023). Nesse cenário, crianças e adolescentes entram em contato com a violência ao presenciarem conflitos, agressões ou situações de desamparo dentro do próprio lar, o que pode impactar diretamente sua formação subjetiva e emocional (Sani & Cunha, 2011).

A violência vivida pelas mulheres vítimas de violência doméstica repercute diretamente na forma como exercem a maternidade. Muitas vezes, os efeitos físicos e psicológicos decorrentes dessas agressões comprometem sua capacidade de oferecer cuidado e proteção adequados aos filhos, afetando tanto a qualidade da maternagem quanto a habilidade de atender às necessidades emocionais e práticas das crianças (Holt et al., 2008, como citado em D'Affonseca & Williams, 2011).

Ambientes marcados pela violência tendem a prejudicar profundamente as funções parentais, tornando mais frequente o surgimento de situações de negligência, desorganização ou até mesmo de maus-tratos não intencionais, resultantes do esgotamento psicológico e da sobrecarga emocional enfrentada por essas mulheres (D'Affonseca & Williams, 2011).

Essa discussão se aproxima diretamente dos dados apresentados no Capítulo 3, nos quais se observou alta frequência de exposição à violência, negligência emocional e violência psicológica/emocional entre crianças e adolescentes atendidos em projeto de extensão. Tais achados reforçam que a violência contra a mulher, especialmente quando ocorre no contexto doméstico e familiar, pode produzir efeitos que alcançam também os filhos, afetando práticas de cuidado, vínculos familiares, segurança emocional e desenvolvimento infantil.

Violência doméstica, filhos e desenvolvimento infantil

De acordo com Halpern e Figueiras (2004), ao abordar o conceito de risco, é necessário considerar diferentes níveis de interação. O primeiro refere-se à relação da criança, enquanto organismo biológico, com seu ambiente social mais próximo, o microsistema, representado principalmente pela família, no qual ocorrem diversos processos, eventos e vínculos relacionais. O segundo tipo de interação envolve a relação desse sistema familiar com o ambiente em sentido mais amplo, correspondente ao exossistema e ao macrosistema, estendendo-se também ao longo do tempo, compondo o cronossistema.

Dessa forma, a qualidade das relações familiares, assim como a harmonia conjugal, exerce influência significativa sobre o desenvolvimento das crianças (Pratta & Santos, 2007). Nesse contexto, a violência doméstica e familiar não afeta apenas as

mulheres diretamente atingidas, mas também outras pessoas do convívio familiar, especialmente os filhos, que frequentemente se tornam vítimas silenciosas desse tipo de violência.

A infância constitui um período essencial para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo. Conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), toda criança tem o direito de crescer em ambiente seguro e protegido, livre de qualquer forma de violência, negligência ou abuso. Contudo, muitas crianças ainda vivem em lares permeados por fatores de risco, onde a violência é parte da rotina cotidiana.

Em um ambiente familiar marcado por conflitos e agressões, toda a estrutura familiar é impactada. Podem ocorrer mudanças na rotina, ausência de um dos genitores, trocas de residência e de cuidadores, além de instabilidade nos vínculos familiares. Tais mudanças podem afetar a estabilidade emocional das crianças, comprometendo sua saúde emocional, capacidade cognitiva, interação social e desempenho escolar e profissional, resultando em prejuízos ao desenvolvimento (Sá et al., 2010).

Conforme informações disponibilizadas pelo NUAVIDEM, que atua na Delegacia da Mulher de Londrina, uma parcela expressiva das mulheres assistidas pelo núcleo tem filhos. Os dados referentes ao primeiro semestre de 2025, no período de 2 de janeiro a 30 de junho, indicam que o NUAVIDEM prestou atendimento a 776 mulheres, das quais 625 realizaram o preenchimento do FONAR para solicitação de medida protetiva. Destas, 536 relataram ter filhos, sendo que 647 desses filhos são menores de idade e 76 apresentam algum tipo de deficiência física ou mental.

Ao serem questionadas, 422 mulheres afirmaram que seus filhos presenciaram cenas de violência, sendo, conseqüentemente, impactados pela violência familiar. Além disso, 232 mulheres relataram que os agressores ofenderam ou foram violentos com os filhos de alguma maneira. Os dados obtidos pelo NUAVIDEM ainda revelam que 182 das mulheres atendidas apresentam alguma condição de vulnerabilidade mental ou física.

Esses dados, sintetizados na Figura 1, evidenciam a amplitude da demanda atendida na Delegacia da Mulher de Londrina e reforçam a necessidade de compreender a violência doméstica e familiar como uma situação de risco ampliado, que envolve mulheres, crianças, adolescentes e outros membros do núcleo familiar.

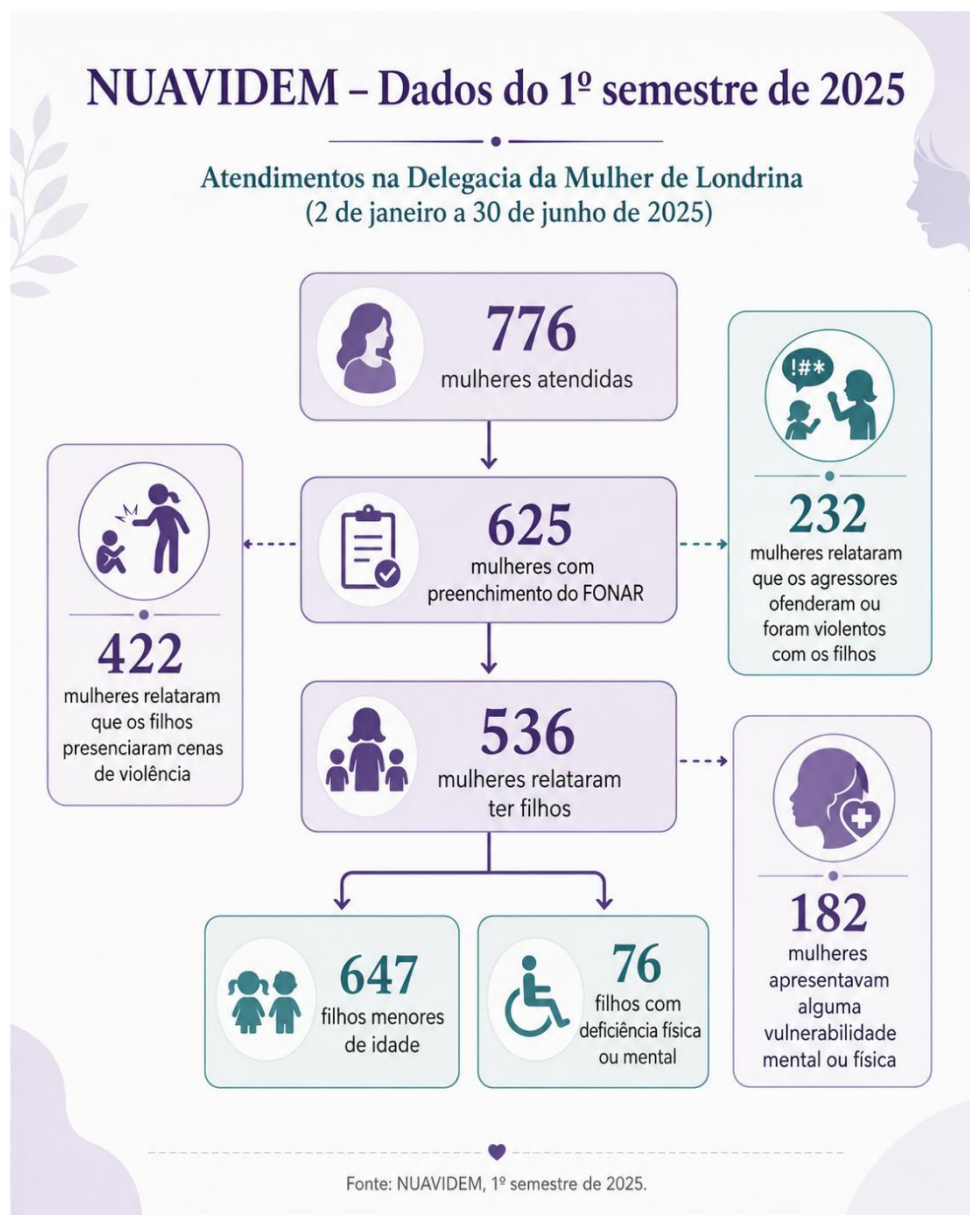


Figura 1 - Dados dos atendimentos realizados pelo NUAVIDEM na Delegacia da Mulher de Londrina no primeiro semestre de 2025.

Nota - Os dados referem-se ao período de 2 de janeiro a 30 de junho de 2025. O infográfico apresenta o número total de mulheres atendidas, mulheres que preencheram o FONAR, mulheres que relataram ter filhos, número de filhos menores de idade, filhos com deficiência física ou mental, relatos de filhos que presenciaram cenas de violência, relatos de violência ou ofensa dirigida aos filhos e mulheres com alguma vulnerabilidade mental ou física. Fonte: NUAVIDEM, 1º semestre de 2025.

A expressiva presença de filhos nos relatos das mulheres atendidas indica que a violência doméstica não se limita à relação conjugal ou à vítima direta. Ao presenciarem agressões, ameaças, humilhações ou outras formas de violência, crianças e adolescentes podem ser expostos a contextos de medo, imprevisibilidade e desproteção, o que amplia os riscos ao desenvolvimento emocional, social e comportamental. Nesse sentido, os dados do NUAVIDEM dialogam com os achados discutidos no capítulo anterior, reforçando a importância da atuação interdisciplinar entre Psicologia, Direito e rede de proteção no enfrentamento da violência contra a mulher e na proteção de seus filhos.

Essas informações revelam uma situação preocupante enfrentada por diversas crianças em Londrina e região metropolitana que, embora nem sempre sejam vítimas diretas de abusos físicos, padecem das consequências da violência psicológica e emocional. Crianças que se desenvolvem nesse contexto podem manifestar transtornos psiquiátricos como ansiedade, depressão e transtornos relacionados ao estresse pós-traumático, além de maior dificuldade na socialização e na aprendizagem (Ximenes et al, 2009).

Ademais, é importante considerar que o efeito cumulativo de múltiplos fatores de risco é mais determinante para o desenvolvimento infantil do que a presença de fatores isolados, sendo que adversidades contínuas ou recorrentes tendem a causar maiores prejuízos à saúde mental das crianças (Pratta & Santos, 2007). Essa compreensão dialoga com o capítulo anterior, no qual a sobreposição de violências foi analisada como elemento importante para compreender a vulnerabilidade ao sofrimento psicológico e aos transtornos psiquiátricos na infância e adolescência.

Nesse mesmo sentido, o Tribunal de Justiça do Paraná aponta que crianças que vivenciam violência no ambiente familiar tendem a apresentar transtornos psicológicos, dificuldades na aprendizagem e comportamentos problemáticos, o que impacta diretamente sua vida pessoal e suas relações sociais. Para além dos efeitos psicológicos, as repercussões podem se refletir no rendimento escolar e na saúde física, interferindo no crescimento saudável desses jovens (Tribunal de Justiça do Paraná, 2024).

A vivência de situações de violência no ambiente doméstico compromete a formação da identidade das crianças envolvidas, afetando seu desenvolvimento social e provocando alterações comportamentais em comparação com outras de sua faixa etária (Garcia & Fornazari, 2024). Segundo Day et al. (2003), os efeitos dessa exposição podem surgir tanto de forma imediata quanto tardia. Entre as manifestações mais precoces, destacam-se sintomas como pesadelos recorrentes, ansiedade, sentimentos de raiva, culpa e vergonha, medo do agressor ou de pessoas associadas a ele, além de quadros fóbico-ansiosos, depressivos, queixas psicossomáticas, isolamento social e sensação de estigmatização.

Já os efeitos tardios tendem a se expressar por meio de aumento na incidência de transtornos psiquiátricos, ideação suicida, fobias intensas, altos níveis de ansiedade, medo, depressão e hostilidade. Também podem ocorrer distorções cognitivas, como percepção crônica de perigo, confusão mental, dificuldades em interpretar a realidade, desempenho escolar insatisfatório, distração, irritação e atitudes agressivas em relação aos pares, bem como prejuízos na compreensão de papéis sociais e na resolução de problemas interpessoais.

O convívio em um ambiente familiar marcado pela violência tende a favorecer a perpetuação desse ciclo, contribuindo para sua transmissão entre gerações. Crianças e adolescentes expostos a situações de agressão podem reproduzir tais comportamentos por meio da identificação, da imitação e da aprendizagem de que a violência é uma forma aceitável de resolver conflitos (Garcia & Fornazari, 2024). Nesse contexto, podem reprimir emoções e internalizar padrões disfuncionais de convivência, uma vez que a violência doméstica frequentemente permanece velada.

Como resultado, esses jovens podem desenvolver dificuldades nas relações interpessoais, baixa autoestima, frustrações e maior propensão a se tornarem, no futuro, tanto vítimas quanto agressores, contribuindo para a manutenção do ciclo intergeracional da violência.

Assim, mesmo que de forma involuntária, diversas crianças e jovens procuram maneiras de enfrentar essa situação. Em alguns casos, a agressividade pode tornar-se uma forma de externalização do sofrimento vivido. Em estudo comparativo, Balista et al. (2006) observaram maior inclinação para a agressão em circunstâncias de exposição à violência entre os pais, enfatizando que essa exposição pode estar associada a baixo desempenho escolar e a problemas físicos e emocionais, como apatia, ansiedade e depressão.

O ambiente familiar marcado por violência impacta profundamente a vida de crianças e adolescentes, indo além da simples observação de cenas violentas e influenciando suas narrativas, identidades e lembranças. Consequentemente, a violência no lar manifesta-se de maneira ampliada, atingindo todos os integrantes da família. Desse modo, fica evidente que crianças e adolescentes que convivem em situações de violência tendem a enfrentar diversas dificuldades, tanto em suas vidas pessoais quanto em suas relações sociais (Garcia & Fornazari, 2024).

Violência vicária e maternidade em contexto de ameaça

Nesse cenário, destaca-se a violência vicária como uma das manifestações mais cruéis da violência psicológica de gênero. Ainda pouco conhecida e debatida no Brasil, essa modalidade refere-se à prática de agressão indireta à mulher, geralmente por parte do ex-companheiro, que utiliza os filhos como instrumentos para atingi-la emocionalmente, especialmente após o término da relação.

A violência vicária se insere de maneira implícita na Lei Maria da Penha (Brasil, 2006), representando um recurso utilizado pelo agressor para perpetuar o controle e a dominação, mesmo quando o vínculo conjugal já foi rompido. O termo “vicário” origina-se do latim *vicarius*, que significa “substituto”, expressando a lógica perversa em que, ao perder o controle direto sobre a mulher, o agressor volta-se contra aquilo que ela mais valoriza: seus filhos (Vaccaro, 2019).

Nesses casos, é comum o uso de manipulação e ameaça de retirada da guarda, recusa em pagar pensão alimentícia, prática de alienação parental, falsas acusações contra a mãe ou, em situações extremas, assassinato dos próprios filhos com o objetivo de causar sofrimento irreparável à mulher.

Trata-se de uma forma de violência profundamente nociva, que compromete seriamente a saúde mental de mães e filhos, gerando traumas intensos e duradouros. A literatura sobre violência doméstica e abuso pós-separação mostra que agressores

podem utilizar as crianças como forma de manter controle sobre parceiras ou ex-parceiras, prejudicando simultaneamente a saúde mental das mulheres, das crianças e a relação mãe-filho (Beeble et al., 2007; Hooker et al., 2019). Além disso, a violência doméstica pode afetar a experiência da maternidade, fragilizando a confiança das mulheres em sua própria capacidade parental e intensificando sentimentos de culpa, impotência e sofrimento diante dos impactos da violência sobre os filhos (Holt, 2017; Thiara & Harrison, 2016).

Essa vivência impacta diretamente o modo como essas mulheres cuidam, protegem e se relacionam com seus filhos, agravando o sofrimento já presente no contexto de violência. Soma-se a isso o fato de que a presença dos filhos frequentemente se apresenta como um dos principais fatores que dificultam a ruptura da mulher com o ciclo da violência.

O receio de desestruturar a vida das crianças, a preocupação com o bem-estar emocional dos filhos, a dependência econômica em relação ao agressor e a falta de uma rede de apoio sólida atuam como barreiras significativas para que a mulher consiga sair da relação abusiva. Além disso, a sobrecarga associada à maternidade pode reduzir ainda mais sua capacidade de tomar decisões seguras e buscar alternativas de proteção (Silva, 2025).

Esse cenário de vulnerabilidade é constantemente explorado pelo agressor, que utiliza os próprios filhos como ferramentas de coerção e controle, fortalecendo os mecanismos de dominação e dificultando a possibilidade de rompimento com a relação violenta.

Contribuições da Psicologia e do Direito no contexto da Delegacia da Mulher

A atuação do NUAVIDEM evidencia a importância da articulação entre Psicologia e Direito no enfrentamento da violência contra a mulher. O Direito contribui para a orientação sobre medidas protetivas, processos familiares, guarda, alimentos, divórcio, partilha de bens e demais encaminhamentos jurídicos necessários à proteção da mulher e de seus filhos. A Psicologia, por sua vez, contribui com a escuta qualificada, o acolhimento do sofrimento, a identificação de riscos emocionais e relacionais e a orientação para continuidade do cuidado na rede.

No contexto da Delegacia da Mulher, essa atuação interdisciplinar é especialmente importante porque muitas mulheres chegam fragilizadas, confusas, ameaçadas ou ambivalentes quanto à denúncia. Algumas buscam proteção imediata; outras procuram entender se aquilo que vivenciam pode ser reconhecido como violência; e outras precisam de informações concretas para tomar decisões que envolvem sua segurança, seus filhos, sua moradia, sua renda e sua rede de apoio.

A presença de profissionais preparados para acolher, orientar e encaminhar pode reduzir a revitimização e ampliar as possibilidades de proteção. Além disso, quando a mulher tem filhos, a atuação interdisciplinar permite reconhecer que a violência doméstica não afeta apenas a relação conjugal, mas também a maternidade, o desenvolvimento infantil e a saúde mental de crianças e adolescentes expostos a esse contexto.

Nesse sentido, a experiência do NUAVIDEM dialoga diretamente com o projeto de extensão descrito nos capítulos anteriores. Enquanto o atendimento psicológico a

crianças e adolescentes permite observar os efeitos da violência sobre o desenvolvimento e a constituição de sofrimento psicológico, o trabalho na Delegacia da Mulher permite compreender a violência em sua dimensão familiar, jurídica, social e intergeracional. Ambos os projetos evidenciam a necessidade de uma rede de cuidado capaz de proteger mulheres, crianças e adolescentes, interromper ciclos de violência e construir condições mais seguras de desenvolvimento.

Considerações finais

A inclusão do NUAVIDEM neste livro amplia a compreensão da violência como fenômeno que atravessa diferentes momentos da vida, diferentes instituições e diferentes relações familiares. A violência doméstica contra a mulher não se restringe à vítima direta, pois seus efeitos alcançam também os filhos, as práticas parentais, a organização familiar, a saúde mental e o desenvolvimento infantil.

A experiência do projeto evidencia que o enfrentamento da violência contra a mulher exige atuação interdisciplinar, articulação com a rede de proteção, acolhimento humanizado e garantia de direitos. Nesse processo, Psicologia e Direito se complementam: enquanto uma área contribui para o cuidado, a escuta e a compreensão do sofrimento, a outra contribui para a proteção jurídica, a responsabilização do agressor e o acesso a medidas legais.

Ao aproximar o NUAVIDEM do projeto de atendimento psicológico a crianças e adolescentes, torna-se possível compreender a violência doméstica como uma variável que atravessa gerações, afetando mulheres, mães, filhos e famílias. Essa leitura reforça a importância da extensão universitária como prática social comprometida com a proteção, a escuta, a produção de conhecimento e a transformação das condições que mantêm ciclos de violência.

Referências

- Balista, C., Basso, E., Cocco, M., & Geib, L. T. C. (2006). Representações sociais dos adolescentes acerca da violência doméstica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(3), 350–357.
- Beeble, M. L., Bybee, D., & Sullivan, C. M. (2007). Abusive men's use of children to control their partners and ex-partners. *European Psychologist*, 12(1), 54–61.
<https://doi.org/10.1027/1016-9040.12.1.54>
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Presidência da República.

Brasil. (2006). *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006: Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Presidência da República.

Brasil. (2021). *Lei nº 14.149, de 5 de maio de 2021: Institui o Formulário Nacional de Avaliação de Risco, a ser aplicado à mulher vítima de violência doméstica e familiar*. Presidência da República.

Conselho Nacional de Justiça, & Conselho Nacional do Ministério Público. (2020). *Resolução Conjunta nº 5, de 3 de março de 2020: Institui o Formulário Nacional de Avaliação de Risco no âmbito do Poder Judiciário e do Ministério Público e dá outras providências*.

D'Afonseca, S. M., & Williams, L. C. de A. (2011). Habilidades maternas de mulheres vítimas de violência doméstica: Uma revisão da literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 236–251.

Day, V. P., Telles, L. E. de B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F. de, Machado, D. A., Silveira, M. B., Debiaggi, M., Reis, M. da G., Cardoso, R. G., & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 9–21.

Ferraz, A. C. C. N., Miani, L. F., Ramalho, M. C., Ribeiro, P. C. I., & Vila, E. M. (2023). O caso Maria da Penha e a criação da Lei n. 11.340. In *Anais do I Encontro Científico: Simpósio de Enfrentamento no Combate ao Feminicídio: Atuação do NUMAPE e do NUAVIDEM em Londrina*. Londrina, PR.

Gadoni-Costa, L. M., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Mulheres em situação de violência doméstica: Vitimização e coping. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2), 151–159.

Garcia, M. E. F., & Fornazari, S. A. (2024). Negligência como variável relevante no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na infância: Revisão de literatura. In J. C. Luzia, S. C. Murari, S. R. de Souza, & V. B. Haydu (Orgs.), *Psicologia e análise do comportamento: Aplicações à educação e saúde* (pp. 85–96). Ed. dos Autores.

Halpern, R., & Figueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2, Supl.), S104–S110.

Hooker, L., Toone, E., Raykar, V., Humphreys, C., Morris, A., Kaspiw, R., & Taft, A. (2019). Reconnecting mothers and children after violence (RECOVER): A feasibility study protocol

of child-parent psychotherapy in Australia. *BMJ Open*, 9, e023653. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023653>

Holt, S. (2017). Domestic violence and the paradox of post-separation mothering. *British Journal of Social Work*, 47(7), 2049–2067. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw162>

Instituto Maria da Penha. (2023). *Quem é Maria da Penha*. Instituto Maria da Penha.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization.

Lima, C. C. O. de J., Martins, R. D., Gomes, N. P., Silva, K. K. A. da, Santos, J. D. F. L., Monteiro, D. da S., & Cruz, M. A. da. (2023). Associação entre a violência intrafamiliar experienciada e transtorno mental comum em adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36, eAPE02391. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO02391>

Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. dos. (2007). Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 247–256.

Sá, D. G. F. D., Bordin, I. A. S., Martin, D., & Paula, C. S. D. (2010). Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 643-652.

Sani, A. I., & Cunha, D. M. M. da. (2011). Práticas educativas parentais em mulheres vítimas e não vítimas de violência conjugal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 429–437.

Silva, J. D. F. da. (2025). Impactos da violência doméstica contra mulheres no Brasil: Uma revisão de literatura. *International Integralize Scientific*, 5(50). <https://doi.org/10.63391/F1A389>

Thiara, R. K., & Harrison, C. (2016). *Safe not sorry: Supporting the campaign for safer child contact* [Research review]. Women's Aid.

Tribunal de Justiça do Paraná. (2024). Impactos da violência doméstica. Recuperado em 15 de outubro de 2025, de <https://www.tjpr.jus.br/web/cevid/impactos-violencia-domestica>

Vaccaro, L. (2019). *Violência vicária: a dor que vem dos filhos*. In C. B. Santos (Org.), *Violência de gênero: uma questão para todas as pessoas* (pp. 89–102). Editora CRV.

Ximenes, L. F., Oliveira, R. D. V. C. D., & Assis, S. G. D. (2009). Violência e Transtorno de Estresse Pós-Traumático na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 417-433.

Zuma, C. E. (2005). Em busca de uma rede comunitária para a prevenção da violência na família. In Anais do III Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária Fortaleza.

CAPÍTULO 5

ENTRE CLÍNICA, TERRITÓRIO E CUIDADO: PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA E RAPS NA ATENÇÃO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES

*BETWEEN CLINICAL PRACTICE, TERRITORY, AND CARE: PSYCHOLOGY,
PSYCHIATRY, AND RAPS IN THE CARE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS*

Rodrigo Camargo da Cruz
Sílvia Aparecida Fornazari

Resumo

Este capítulo tem como objetivo discutir a inserção do projeto de extensão *Psicologia Clínica Comportamental para Famílias com Crianças/Adolescentes em Tratamento Psiquiátrico* no campo do cuidado em rede, articulando sua prática clínica aos princípios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O método adotado foi uma reflexão teórico-clínica, fundamentada em documentos legais e institucionais sobre Reforma Psiquiátrica, SUS e RAPS, articulada à experiência do projeto e à apresentação do caso da Família Flores. Os resultados indicaram que muitos casos atendidos ultrapassam os limites da clínica psicológica e do acompanhamento psiquiátrico, exigindo articulação com escola, assistência social, serviços de saúde, Conselho Tutelar, Judiciário, CAPS, UBS e demais dispositivos do território. A análise da Família Flores evidenciou que situações complexas, marcadas por sofrimento psicológico, violência, vulnerabilidade social e instabilidade familiar, demandam Projeto Terapêutico Singular, corresponsabilização e comunicação contínua entre profissionais e serviços. Discute-se que a extensão universitária pode funcionar como dispositivo complementar de cuidado em rede, sem substituir os serviços formais da RAPS. Conclui-se que a articulação entre Psicologia, Psiquiatria, família, universidade e território favorece práticas mais integrais, intersetoriais e contextualizadas no cuidado a crianças, adolescentes e famílias em sofrimento.

Palavras-chave: RAPS; saúde mental infantil; extensão universitária; cuidado em rede; intersetorialidade.

Abstract

This chapter aims to discuss the insertion of the university extension project *Behavioral Clinical Psychology for Families with Children and Adolescents in Psychiatric Treatment* within the field of network-based care, articulating its clinical practice with the principles of the Psychosocial Care Network (RAPS). The method adopted was a theoretical-clinical reflection grounded in legal and institutional documents concerning the Brazilian Psychiatric Reform, the Unified Health System, and RAPS, and articulated with the project's experience and the presentation of the Flores Family case. The results indicated that many cases treated within the project go beyond the limits of psychological clinical care and psychiatric follow-up, requiring coordination with schools, social assistance services, health services, Child Protective Services, the Judiciary, CAPS, primary health care units, and other territorial services. The analysis of the Flores Family demonstrated that complex situations marked by psychological distress, violence, social vulnerability, and family instability require an individualized therapeutic plan, shared responsibility, and continuous communication among professionals and services. The discussion emphasizes that university extension may function as a complementary network-based care strategy without replacing formal RAPS services. The chapter concludes that coordination among Psychology, Psychiatry, family, university, and territory supports more comprehensive, intersectoral, and contextualized practices in the care of children, adolescents, and families experiencing psychological distress.

Keywords: RAPS; child mental health; university extension; network-based care; intersectorality.

Ao longo dos capítulos anteriores, foram apresentados diferentes aspectos relacionados ao cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um projeto de extensão universitária vinculado à Universidade Estadual de Londrina (UEL). Os casos discutidos evidenciaram a complexidade das demandas clínicas, frequentemente atravessadas por transtornos psiquiátricos, sofrimento psicológico, dificuldades familiares, histórias de violência, vulnerabilidade social e necessidade de acompanhamento contínuo.

Nesse contexto, tornou-se evidente que o cuidado oferecido pela Psicologia e pela Psiquiatria, embora fundamental, nem sempre é suficiente quando realizado de forma isolada. Muitos casos atendidos pelo projeto exigiram articulação com outros serviços, instituições e profissionais, como escola, assistência social, serviços de saúde, rede de proteção, Conselho Tutelar, Judiciário e demais dispositivos do território. Assim, a discussão sobre a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Brasil. Ministério da Saúde, 2011, 2017) torna-se necessária para compreender o lugar do projeto no cuidado ampliado em saúde mental.

Este capítulo tem como objetivo discutir a inserção do projeto de extensão *Psicologia Clínica Comportamental para Famílias com Crianças/Adolescentes em Tratamento Psiquiátrico* no campo do cuidado em rede, articulando sua prática clínica aos princípios da RAPS (Brasil. Ministério da Saúde, 2011, 2017). Busca-se compreender como a atuação conjunta entre Psicologia, Psiquiatria, família e demais serviços da rede pode contribuir para o cuidado integral de crianças e adolescentes em sofrimento psicológico.

A proposta não é afirmar que o projeto substitui os dispositivos formais da RAPS, mas compreender como ele dialoga com seus princípios e pode funcionar como um dispositivo universitário complementar, articulado ao cuidado em rede. Ao integrar ensino, pesquisa, extensão e assistência, o projeto contribui para a formação de estudantes, para o atendimento de famílias em situação de vulnerabilidade e para a produção de conhecimento sobre práticas clínicas em saúde mental infantil.

Reforma Psiquiátrica, SUS e Rede de Atenção Psicossocial

A atenção em saúde mental no Brasil passou por uma importante transformação histórica com a superação gradual do modelo manicomial e hospitalocêntrico em direção a uma perspectiva psicossocial, territorial e comunitária (Amarante, 2007; Yasui, 2010). Essa mudança não ocorreu como concessão espontânea do Estado, mas como resultado de um amplo processo de mobilização social, política, acadêmica e profissional.

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira teve como uma de suas bases a denúncia das violações de direitos humanos ocorridas em instituições psiquiátricas e a defesa de uma nova ética do cuidado. Entre os marcos desse processo, destacam-se o Manifesto de Bauru, de 1987, elaborado durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, e o documentário *Em nome da razão*, dirigido por Helvécio Ratton, em 1979. O filme denunciou as condições desumanas vivenciadas por pessoas internadas no Hospital Colônia de Barbacena, tornando visível à sociedade a violência institucional presente em práticas manicomiais (Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, 1987; Goulart, 2010; Ratton, 1979).

No campo jurídico e sanitário, a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/1990 instituíram bases fundamentais para a compreensão da saúde como direito de todos e dever do Estado, não restrita ao tratamento de doenças, mas relacionada à promoção da qualidade de vida, da cidadania e da dignidade humana (Brasil, 1988, 1990). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estruturado a partir de princípios como universalidade, integralidade, equidade e participação social (Brasil, 1990).

No campo específico da saúde mental, a Lei nº 10.216/2001 representou um marco da Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa lei redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, estabelecendo que a internação deve ser utilizada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Além disso, afirmou o direito das pessoas com transtornos psiquiátricos a serem tratadas com humanidade, respeito, acesso à informação, sigilo, proteção contra abuso e exploração e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2001).

A partir desses marcos, o cuidado em saúde mental passou a ser orientado por uma lógica de cuidado em liberdade, centrada no território e na inserção da pessoa na família, no trabalho e na comunidade. Nesse cenário, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, surge como estratégia de organização dos serviços voltados à atenção integral às pessoas com transtornos psiquiátricos e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil. Ministério da Saúde, 2011, 2017).

A RAPS busca articular diferentes pontos de atenção em um território, promovendo cuidado contínuo, humanizado e integrado. Sua proposta rompe com a lógica de

exclusão e isolamento, substituindo-a por práticas que valorizam a autonomia, o vínculo, a convivência comunitária, a equidade e o combate ao estigma.

Princípios do cuidado psicossocial: integralidade, território e intersetorialidade

A RAPS está fundamentada em princípios que ampliam a compreensão do cuidado em saúde mental (Brasil. Ministério da Saúde, 2011, 2017). Entre eles, destacam-se a integralidade, a territorialidade, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, o cuidado em liberdade e a participação da família e da comunidade.

A integralidade do cuidado pressupõe que a pessoa não seja reduzida ao diagnóstico ou aos sintomas apresentados. No campo da saúde mental, isso significa considerar a história de vida, as condições familiares, as relações sociais, a escola, o território, as condições socioeconômicas, a presença de violência, a rede de apoio e os recursos disponíveis para o cuidado. A atenção integral exige, portanto, uma escuta ampliada e a articulação entre diferentes profissionais e serviços (Brasil. Ministério da Saúde, 2011; Conselho Nacional de Justiça et al., 2025). No âmbito do sistema de justiça, a Política Antimanicomial do Poder Judiciário também reforça a necessidade de cuidado em liberdade e de articulação intersetorial para pessoas em sofrimento psicológico ou com transtornos mentais em conflito com a lei (Conselho Nacional de Justiça, 2023; Conselho Nacional de Justiça et al., 2025).

A territorialidade implica reconhecer que o cuidado acontece no lugar onde a pessoa vive, circula, estuda, trabalha e estabelece vínculos. O território não é apenas um espaço geográfico, mas também um conjunto de relações, recursos, riscos e possibilidades. Para crianças e adolescentes, esse território inclui a família, a escola, os serviços de saúde, os equipamentos de assistência social, os espaços comunitários e a rede de proteção.

A intersetorialidade, por sua vez, refere-se à articulação entre diferentes setores e políticas públicas. Muitos casos em saúde mental não podem ser compreendidos ou acompanhados apenas pelo setor saúde. Demandas relacionadas à violência, negligência, evasão escolar, pobreza, conflitos familiares, medidas protetivas, judicialização e deficiência exigem diálogo com a educação, assistência social, justiça, segurança pública e organizações comunitárias.

Outro conceito central nesse campo é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), compreendido como uma construção coletiva de estratégias de cuidado voltadas às necessidades específicas de uma pessoa ou família. O PTS pressupõe discussão interdisciplinar, definição compartilhada de objetivos, corresponsabilização entre equipe, usuário e família, e revisão contínua das ações propostas. Essa ferramenta é especialmente importante em casos complexos, nos quais diferentes dimensões do sofrimento precisam ser consideradas (Brasil. Ministério da Saúde, 2004).

No caso de crianças e adolescentes em sofrimento psicológico, o PTS pode envolver acompanhamento psicológico, tratamento psiquiátrico, orientação familiar, intervenções escolares, encaminhamentos para assistência social, avaliação de situações de violência, articulação com rede de proteção e construção de estratégias de apoio no cotidiano familiar.

O projeto de extensão como dispositivo complementar de cuidado em rede

O projeto de extensão *Psicologia Clínica Comportamental para Famílias com Crianças/Adolescentes em Tratamento Psiquiátrico*, da Universidade Estadual de Londrina, oferece atendimento psicoterapêutico a crianças e adolescentes em tratamento psiquiátrico encaminhados por meio do Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital Universitário da UEL, bem como a seus familiares e cuidadores.

Sua relevância social e clínica decorre da possibilidade de oferecer acompanhamento psicológico especializado a uma população em situação de vulnerabilidade, que muitas vezes encontra dificuldades de acesso a serviços contínuos de saúde mental. Ao funcionar em articulação com o Ambulatório de Psiquiatria Infantil, o projeto favorece a complementaridade entre o tratamento psicológico e o tratamento medicamentoso, ampliando a compreensão dos casos e contribuindo para intervenções mais integradas.

Conforme descrito no Capítulo 1, inicialmente, o projeto foi concebido com a proposta de orientação de pais em grupo. No entanto, a baixa adesão dos participantes indicou a necessidade de rever a estratégia de atendimento. A partir da observação das demandas reais das famílias, a equipe passou a realizar atendimentos individualizados com pais, cuidadores, crianças e adolescentes, oferecendo um espaço terapêutico mais ajustado às singularidades de cada caso.

Essa mudança metodológica revela uma característica importante do projeto: sua capacidade de adaptação às necessidades da população atendida. Ao invés de manter um formato previamente definido apesar da baixa adesão, a equipe reorganizou sua prática a partir da escuta das dificuldades encontradas. Tal movimento aproxima-se dos princípios da integralidade e da singularidade do cuidado, pois reconhece que intervenções efetivas precisam considerar as condições concretas de vida dos usuários e suas possibilidades reais de participação.

Ao longo de sua trajetória, o projeto realizou um número expressivo de atendimentos. Além da assistência direta, o projeto também produziu materiais acadêmicos e contribuiu para a formação de estudantes de Psicologia e residentes em Psiquiatria, integrando ensino, pesquisa e extensão.

Por estar vinculado ao Hospital Universitário, instituição inserida no SUS e na formação de profissionais de saúde (Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, 2009, 2024), o projeto se aproxima da lógica da RAPS ao operar em diálogo com serviços públicos, equipe multiprofissional e demandas territoriais. Sua função, entretanto, deve ser compreendida como complementar: ele não substitui os dispositivos formais da rede, mas pode contribuir para fortalecer o cuidado em saúde mental ao articular universidade, serviço e comunidade.

Psicologia, Psiquiatria e família no cuidado compartilhado

A articulação entre Psicologia e Psiquiatria constitui um dos eixos centrais do projeto. As crianças e adolescentes atendidos já realizavam acompanhamento psiquiátrico no Ambulatório de Psiquiatria Infantil, e o atendimento psicológico oferecido pelo projeto passou a complementar esse cuidado.

Essa colaboração possibilita uma compreensão mais ampla dos casos. Enquanto a Psiquiatria contribui com avaliação diagnóstica, acompanhamento médico e

indicação farmacológica quando necessária, a Psicologia, especialmente a partir da Terapia Analítico-Comportamental, contribui com a análise funcional dos comportamentos, a compreensão das contingências ambientais e a intervenção junto à criança, ao adolescente e à família.

A Terapia Analítico-Comportamental compreende o comportamento humano em sua relação com o ambiente. Ao invés de focar exclusivamente sintomas ou diagnósticos, busca identificar as condições antecedentes e consequentes que participam da instalação e manutenção de determinados repertórios comportamentais (Baum, 2019; Skinner, 1974/2006, 1989/1995). Essa perspectiva é especialmente útil no atendimento infantil, pois permite compreender como práticas familiares, contextos escolares, histórias de violência, dificuldades de comunicação e padrões de interação podem contribuir para o sofrimento apresentado.

No projeto, a família ocupa lugar central no cuidado. Pais e cuidadores são envolvidos no processo psicoterapêutico, não como “culpados” pelos problemas apresentados pela criança, mas como agentes importantes na construção de novas contingências de cuidado. A orientação familiar busca favorecer o reconhecimento de comportamentos adequados, ampliar o uso de reforçamento positivo, reduzir práticas coercitivas, desenvolver estratégias de comunicação, estabelecer limites consistentes e fortalecer repertórios que favoreçam autonomia e bem-estar (Garcia & Fornazari, 2024).

Esse enfoque dialoga diretamente com a RAPS, que reconhece a família e a comunidade como componentes fundamentais da rede de apoio. A reabilitação psicossocial não ocorre de forma isolada, mas nas relações cotidianas, nos vínculos afetivos, na escola, nos serviços de saúde e nos demais espaços de convivência.

As reuniões e discussões de caso entre a equipe de Psicologia, os residentes de Psiquiatria e o médico responsável pelo Ambulatório de Psiquiatria Infantil evidenciam o esforço de construção de um cuidado compartilhado. Essa prática contribui para integrar perspectivas biológicas, psicológicas e sociais, favorecendo formulações de caso mais completas e intervenções mais coerentes.

Quando o caso ultrapassa a clínica: a necessidade da rede

A experiência acumulada no projeto demonstrou que muitos casos atendidos ultrapassavam os limites da clínica psicológica e do acompanhamento psiquiátrico. Crianças e adolescentes chegavam ao atendimento com demandas complexas, frequentemente relacionadas a situações de violência, negligência, sofrimento familiar, dificuldades escolares, vulnerabilidade social e necessidade de proteção.

Nesses casos, a atuação da Psicologia e da Psiquiatria precisa ser articulada a outros pontos da rede. A escola pode ser necessária para compreender dificuldades de aprendizagem, comportamento, socialização ou evasão. A assistência social pode ser acionada diante de vulnerabilidades materiais, insegurança alimentar, dificuldades de acesso a benefícios ou fragilidade da rede de apoio. O Conselho Tutelar pode ser necessário quando há suspeita ou confirmação de violação de direitos. O Judiciário e os serviços de proteção podem ser envolvidos em situações de violência, guarda, medidas protetivas ou risco à integridade da criança ou adolescente.

Essa necessidade de articulação evidencia que o sofrimento psicológico não pode ser compreendido apenas como fenômeno individual. Muitos sintomas e comportamentos apresentados por crianças e adolescentes são produzidos e mantidos em contextos marcados por adversidades, relações coercitivas, ausência de suporte, descontinuidade de cuidados e violações de direitos.

Assim, o projeto atua em uma posição estratégica: ao mesmo tempo em que oferece escuta clínica e intervenção psicoterapêutica, também identifica demandas que exigem encaminhamento, diálogo institucional e corresponsabilização da rede. Esse movimento é também, coerente com a lógica da RAPS, pois reconhece que o cuidado em saúde mental depende da articulação entre diferentes serviços e setores.

A clínica, nesse sentido, não se limita ao espaço da sala de atendimento. Ela se amplia quando considera o território, a família, a escola, a comunidade e os serviços que compõem a rede de cuidado. A atuação em rede permite que as intervenções sejam mais efetivas, pois evita que a criança, o adolescente e sua família fiquem isolados diante de problemas que exigem respostas coletivas.

A Família Flores como ilustração da articulação em rede

A análise da Família Flores permite exemplificar de forma clara como o cuidado em saúde mental pode ultrapassar os limites da clínica psicológica e do acompanhamento psiquiátrico, exigindo articulação contínua entre diferentes serviços, profissionais e instituições. Trata-se de uma família composta por Paula (Cuid13), mãe de 32 anos, e seus três filhos: Hugo (Cr32), de 17 anos, Matheus (Cr31), de 13 anos, e Felipe (Cr35), de 9 anos. A família vivia em contexto de vulnerabilidade social, com dificuldades econômicas, ausência de trabalho formal da mãe, dependência de benefícios e necessidade de acompanhamento por diferentes pontos da rede de saúde, assistência e proteção.

O caso chegou ao projeto a partir do acompanhamento de Matheus, encaminhado ao Ambulatório de Psiquiatria Infantil em decorrência de sequelas de violência sexual sofrida na primeira infância, com repercussões físicas e comportamentais importantes, incluindo encoprese, agressividade e dificuldades escolares. A partir do atendimento de Matheus, a equipe passou a acompanhar também: Hugo, por comportamentos de agressividade, delírios, alucinações, furtos e tentativas de suicídio; Paula, por sofrimento psicológico, sintomas ansiosos e depressivos, comportamentos compatíveis com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e suspeita de Transtorno Factício Imposto a Outro; e, posteriormente, Felipe, devido a queixas de agitação, choro excessivo, seletividade alimentar, atraso no desenvolvimento e possível sofrimento emocional. O caso, portanto, não se restringia a uma criança ou adolescente, mas envolvia todo o sistema familiar.

A história da família era atravessada por múltiplas violências, incluindo negligência afetiva, violência física, violência psicológica, abuso sexual, violência conjugal, bullying, instabilidade nos vínculos de cuidado e vulnerabilidade social. Paula engravidou de Hugo aos 15 anos em uma relação com um professor de educação física da escola, situação compreendida como violência sexual. Posteriormente, seus filhos foram vítimas de abuso sexual praticado pelo avô paterno de Matheus, em um contexto no qual Paula, após a morte do companheiro, pai de Felipe, e em sofrimento psicológico

importante, deixou os filhos sob cuidados desses familiares. Esses eventos produziram efeitos significativos na organização familiar, nos repertórios comportamentais das crianças e adolescentes e na relação da mãe com os serviços de saúde.

A complexidade do caso exigiu a participação de uma ampla rede multiprofissional e intersetorial. Além da equipe de Psicologia do projeto e da Psiquiatria do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU), estiveram envolvidos conselheiros tutelares, a assistência social de uma entidade sem fins lucrativos voltada a pessoas com deficiência, a psicóloga judiciária responsável pelo acompanhamento da guarda das crianças, uma responsável técnica do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pedagogos das escolas frequentadas pelas crianças, e a chefe de enfermagem da Unidade Básica de Saúde de referência. Foram realizadas reuniões periódicas para discussão do caso com os profissionais envolvidos, o que evidencia a necessidade de construção compartilhada do cuidado.

Do ponto de vista da RAPS, a Família Flores ilustra a importância da integralidade e da intersectorialidade. A família apresentava demandas que não poderiam ser respondidas apenas pela psicoterapia ou pela prescrição medicamentosa. Era necessário articular acompanhamento psiquiátrico, atendimento psicológico, avaliação de risco, suporte escolar, acompanhamento da guarda, investigação de violação de direitos, assistência social, atenção básica, CAPS e especialidades médicas. Essa articulação buscava construir uma compreensão mais ampla dos comportamentos apresentados pelos membros da família, bem como definir estratégias de proteção e cuidado possíveis diante das múltiplas vulnerabilidades identificadas.

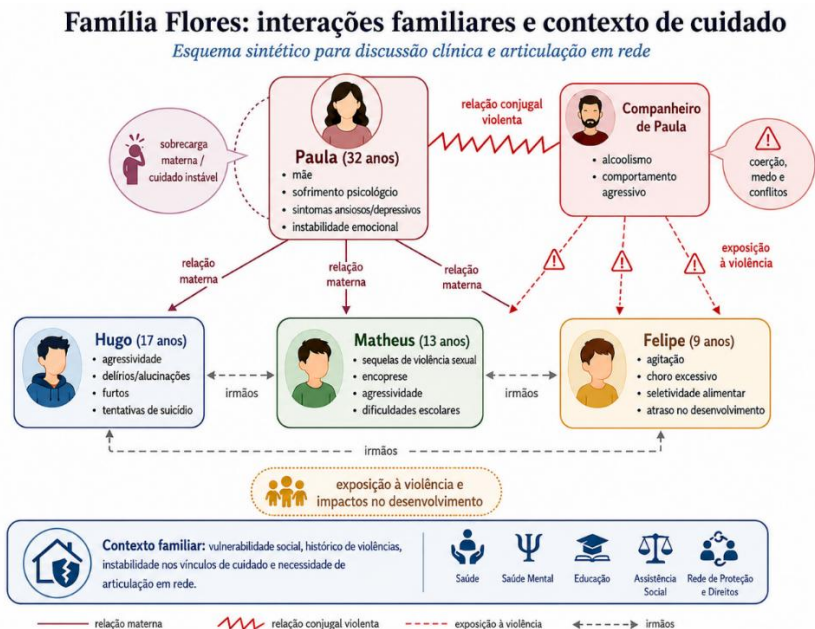


Figura 1 - Interações familiares e articulação em rede no caso da Família Flores.

Nota - O esquema sintetiza as relações familiares, a exposição à violência e os principais pontos da rede de cuidado implicados no acompanhamento do caso, evidenciando a necessidade de atuação interprofissional e intersectorial.

A análise funcional molar, nesse contexto, foi uma ferramenta central para a compreensão dos casos. No caso de Paula, por exemplo, os comportamentos relacionados à busca frequente por serviços de saúde, à produção ou manutenção de sintomas nos filhos, às dificuldades de regulação emocional, ao abuso de álcool, à permanência em relações violentas e às agressões dirigidas aos filhos e à equipe foram analisados considerando sua história de abandono, violência, negligência emocional, ausência de vínculos seguros e acesso a reforçadores sociais e institucionais. Essa leitura não teve como objetivo reduzir o caso a rótulos diagnósticos, mas compreender as funções dos comportamentos em seu contexto histórico e atual.

No caso de Hugo, os comportamentos de delirar, alucinar, furtar, agredir e tentar suicídio foram compreendidos em relação à sua história de negligência afetiva, abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, bullying, abandono e busca por reconhecimento social. Seus delírios e alucinações, por exemplo, apresentavam conteúdos relacionados aos contextos nos quais vivia e às fontes de reforçamento disponíveis. Quando morava com familiares ligados ao universo policial, seus relatos envolviam uma agência paramilitar e posições de poder; ao retornar ao convívio com a mãe, os conteúdos passaram a envolver elementos religiosos, gerando novas interações familiares marcadas por conflito, medo e reforçamento dos relatos. Esse caso mostra como a compreensão comportamental pode dialogar com a Psiquiatria sem desconsiderar a gravidade dos sintomas, mas ampliando a análise para as contingências que participam de sua manutenção.

No caso de Matheus, a articulação com a rede foi especialmente importante em razão da encoprese, que teve inicialmente indicação de lavagens intestinais, das dificuldades escolares e do histórico de abuso sexual. A equipe de Psicologia buscou contato com a equipe de gastroenterologia para avaliar a necessidade de continuidade dos procedimentos de lavagem intestinal, considerando que a introdução de líquido pelo ânus poderia ser especialmente inadequada diante da história de violência sexual. A equipe médica da gastroenterologia fez orientação para interrupção das lavagens e em psicoterapia e orientação parental, foi realizado treino de habilidades de vida diária para que a criança pudesse evacuar adequadamente no vaso sanitário. Entretanto, houve dificuldades de adesão por parte da mãe, que mentiu à equipe de psicologia e psiquiatria dizendo que havia seguido as orientações. Só foi possível verificar a não adesão, porque a equipe de enfermagem do Posto de Saúde informou que a mãe continuava retirando os materiais para as lavagens intestinais, o que reforçou a necessidade de acompanhamento compartilhado e de avaliação cuidadosa da conduta materna.

No caso de Felipe, as queixas de agitação, choro excessivo, seletividade alimentar, atraso no desenvolvimento e possível diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) precisaram ser analisadas em relação ao contexto familiar marcado por conflitos, exposição à violência e instabilidade. A criança presenciava situações de violência em casa e, em alguns momentos, precisava pedir ajuda aos vizinhos. Assim, seus comportamentos não poderiam ser compreendidos apenas como sintomas individuais, mas como respostas desenvolvidas em um ambiente de imprevisibilidade, ameaça e desproteção.

As Figuras 2 e 3 apresentam uma síntese da análise funcional molar dos membros da Família Flores.



Figura 2 - Análise funcional molar no caso da Família Flores: Paula e Hugo

Nota - Compreensão dos comportamentos em seu contexto histórico e atual, sem redução do caso a rótulos diagnósticos.



Figura 3 - Análise funcional molar no caso da Família Flores: Matheus e Felipe

Nota - Compreensão dos comportamentos em seu contexto histórico e atual, sem redução do caso a rótulos diagnósticos.

A Família Flores também evidencia os desafios do cuidado em rede. Apesar da participação de múltiplos profissionais, não foi possível estabelecer consenso entre Psicologia, Psiquiatria e demais serviços quanto à conduta a ser adotada em relação

a Paula, especialmente diante da suspeita de Transtorno Factício Imposto a Outro e das divergências entre relatos familiares e informações obtidas por diferentes serviços. Essa dificuldade demonstra que a atuação em rede, embora indispensável, não garante automaticamente integração, consenso ou continuidade do cuidado. Ao contrário, exige comunicação constante, pactuação de responsabilidades, registros cuidadosos, definição de fluxos e construção de um Projeto Terapêutico Singular possível.

Nesse sentido, a Família Flores ilustra de forma potente a necessidade de um Projeto Terapêutico Singular que considere simultaneamente o sofrimento psicológico de cada membro, a história de violências, os riscos atuais, as condições de cuidado, a situação escolar, a atuação do Conselho Tutelar, o acompanhamento psiquiátrico, as demandas médicas, os benefícios sociais, a guarda das crianças e a possibilidade de encaminhamento para serviços especializados, como o CAPS. O caso mostra que, em situações complexas, o cuidado em saúde mental precisa ser territorial, interprofissional e intersetorial.

Ao final do acompanhamento, diante dos limites encontrados e da avaliação de que a psicoterapia não estava produzindo os efeitos necessários no caso de Paula, os membros da família foram encaminhados ao CAPS. Esse desfecho reforça que o projeto de extensão, embora tenha desempenhado papel importante no atendimento psicológico e na articulação inicial da rede, não poderia responder sozinho à complexidade do caso. A experiência da Família Flores evidencia, portanto, que o cuidado integral em saúde mental depende da corresponsabilização entre diferentes pontos da rede e da construção de estratégias que ultrapassem a clínica individual.

Extensão universitária, formação profissional e produção de conhecimento

Além de sua relevância assistencial, o projeto exerce importante função formadora. A participação de estudantes de graduação em Psicologia, e residentes em Psiquiatria, sob supervisão docente, possibilita contato direto com demandas complexas de saúde mental infantil e familiar. Essa vivência contribui para a formação de profissionais mais preparados para atuar em serviços públicos, em equipe multiprofissional e em contextos de vulnerabilidade social.

A inserção em um hospital universitário favorece a integração entre ensino, pesquisa, extensão e assistência. Os estudantes têm a oportunidade de articular conhecimentos teóricos com situações clínicas reais, compreender a importância do trabalho em rede e desenvolver habilidades de escuta, análise, intervenção, registro e discussão de casos.

O projeto também contribui para a produção de conhecimento científico e para a sistematização de práticas clínicas. A análise dos casos atendidos, a elaboração de materiais e a construção deste livro são exemplos de como a extensão universitária pode gerar conhecimento a partir da prática, devolvendo à comunidade acadêmica e aos serviços públicos reflexões fundamentadas sobre o cuidado em saúde mental.

Nesse sentido, a universidade assume um papel estratégico na efetivação de políticas públicas. Ao aproximar formação profissional, pesquisa e serviço à comunidade, a extensão universitária pode contribuir para fortalecer a RAPS, qualificar práticas de cuidado e ampliar o acesso da população a intervenções psicológicas especializadas.

Considerações finais

O presente capítulo buscou discutir a relação entre o projeto de extensão *Psicologia Clínica Comportamental para Famílias com Crianças/Adolescentes em Tratamento Psiquiátrico* e os princípios da Rede de Atenção Psicossocial. A análise apresentada indica que o projeto dialoga com a lógica da RAPS ao articular cuidado psicológico, acompanhamento psiquiátrico, participação familiar, formação profissional e encaminhamentos para a rede.

Os casos atendidos evidenciam que o sofrimento psicológico de crianças e adolescentes frequentemente envolve múltiplas dimensões, incluindo transtornos psiquiátricos, dificuldades familiares, violências, vulnerabilidades sociais, demandas escolares e necessidade de proteção. Por isso, o cuidado efetivo não pode permanecer restrito à clínica individual ou ao tratamento medicamentoso, sendo necessária uma rede capaz de sustentar ações integradas, contínuas e territorializadas.

A experiência do projeto mostra que a Psicologia, especialmente quando orientada por uma perspectiva analítico-comportamental, pode contribuir de forma significativa para o cuidado em rede. A análise de contingências molares possibilita orientar famílias, fortalecer repertórios de cuidado e dialogar com a Psiquiatria e outros serviços, o projeto participa da construção de práticas mais integrais e contextualizadas.

A extensão universitária, nesse cenário, revela-se uma estratégia importante de articulação entre universidade, serviço público e comunidade. Ela permite atender demandas reais da população, formar profissionais comprometidos com políticas públicas e produzir conhecimento a partir da prática. Assim, o projeto não representa um ponto final na discussão, mas um convite à continuidade de estudos, investimentos e iniciativas que fortaleçam o cuidado em liberdade, a reabilitação psicossocial e a proteção de crianças, adolescentes e famílias em sofrimento.

Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4ª ed. rev. e ampl.). Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413685>
- Baum, W. M. (2019). *Compreender o behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução* (D. Bueno, Trad.; 3ª ed.). Artmed.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Presidência da República.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Brasil. (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Presidência da República.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Política Nacional de Humanização: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Secretaria de Atenção à Saúde.

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental. (1987). *Manifesto de Bauru*. Conselho Federal de Psicologia. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>

Conselho Nacional de Justiça. (2023). *Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023: Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário*.

<https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>

Conselho Nacional de Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, & Secretaria Nacional de Políticas Penais. (2025). *Relatório Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário N. 2* (Série Fazendo Justiça. Coleção Gestão e temas transversais). Conselho Nacional de Justiça.

<https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/jspui/handle/123456789/1072>

Garcia, M. E. F., & Fornazari, S. A. (2024). Negligência como variável relevante no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na infância: Revisão de literatura. In J. C. Luzia, S. C. Murari, S. R. de Souza, & V. B. Haydu (Orgs.), *Psicologia e análise do comportamento: Aplicações à educação e saúde* (pp. 85–96). Ed. dos Autores.

Goulart, M. S. B. (2010). Em nome da razão: Quando a arte faz história. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20(1), 36–41.

Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. (2009). *Regimento do Hospital Universitário*. Universidade Estadual de Londrina. <https://sites.uel.br/hu-londrina/wp-content/uploads/2024/08/Regimento.pdf>

Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. (2024). *Plano Diretor 2024*. Universidade Estadual de Londrina. <https://sites.uel.br/hu-londrina/wp-content/uploads/2024/08/PLANO-DIRETOR-2024.pdf>

Ratton, H. (Diretor). (1979). *Em nome da razão* [Filme]. Quimera Produções.

Skinner, B. F. (2006). *Sobre o behaviorismo* (M. da P. Villalobos, Trad.; 10ª ed.). Cultrix. (Trabalho original publicado em 1974).

Skinner, B. F. (1995). *Questões recentes na análise comportamental* (A. L. Neri, Trad.; 2ª ed.). Papirus. (Trabalho original publicado em 1989).

Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413623>

CAPÍTULO 6

CASO ISABELA: VIOLÊNCIA, CUIDADO E REVITIMIZAÇÃO NA INFÂNCIA

ISABELA CASE: VIOLENCE, CARE, AND REVICTIMIZATION IN CHILDHOOD

Heloisa Helena Batista Haggi

Livia Doro

Juliana Paes Felix Salviatto

Silvia Aparecida Fornazari

Resumo

Este capítulo tem como objetivo apresentar e discutir o caso clínico de Isabela, criança atendida em um projeto de extensão universitária em Psicologia Clínica Comportamental, considerando a relação entre violência sexual, negligência, práticas parentais coercitivas, vulnerabilidade social e revitimização na infância. O método adotado foi o estudo de caso clínico, fundamentado em atendimentos psicológicos, acompanhamento psiquiátrico, reuniões com profissionais da rede, registros clínicos e análise funcional molar. Os resultados indicaram que Isabela, após ser retirada de um contexto de violência sexual extrema, passou a viver em um novo ambiente familiar que, embora organizado com intenção protetiva, mantinha práticas invasivas, punitivas, negligentes e revitimizantes. Os comportamentos sexualizados, autolesivos, opositores, agressivos e de esquiva foram compreendidos como repertórios desenvolvidos e mantidos em contextos marcados por ameaça, imprevisibilidade, ausência de cuidado seguro e atenção predominante em situações de crise. As intervenções buscaram fortalecer vínculo terapêutico, ampliar repertórios compatíveis com a infância, orientar os cuidadores e reduzir práticas coercitivas e invasivas. Discute-se que o cuidado clínico, embora fundamental, mostrou-se insuficiente diante da permanência de contingências familiares aversivas, da baixa adesão ao tratamento e das dificuldades de articulação entre os serviços da rede.

Palavras-chave: violência infantil; abuso sexual; revitimização; análise funcional molar; cuidado em rede.

Abstract

This chapter aims to present and discuss Isabela's clinical case, involving a child treated within a university extension program in Behavioral Clinical Psychology, considering the relationship between sexual violence, neglect, coercive parenting practices, social vulnerability, and revictimization during childhood. The method adopted was a clinical case study grounded in psychological care, psychiatric follow-up, meetings with professionals from the care network, clinical records, and molar functional analysis. The results indicated that, after being removed from a context of severe sexual violence, Isabela began living in a new family environment that, although organized with protective intentions, maintained invasive, punitive, neglectful, and revictimizing practices. Sexualized, self-injurious, oppositional, aggressive, and avoidance behaviors were understood as repertoires developed and maintained in contexts marked by threat, unpredictability, lack of safe care, and predominant attention during crisis situations. The interventions aimed to strengthen the therapeutic alliance, expand age-appropriate repertoires, guide caregivers, and reduce coercive and invasive practices. The discussion emphasizes that clinical care, although essential, proved insufficient in the face of persistent aversive family contingencies, low treatment adherence, and difficulties in coordination among services within the care network.

Keywords: *childhood violence; sexual abuse; revictimization; molar functional analysis; network-based care.*

O caso de Isabela (no Capítulo 1, identificada como Cr19) foi escolhido para apresentação neste capítulo devido à complexidade clínica e à vulnerabilidade da criança diante das diferentes formas de violência sofridas (ver Garcia & Fornazari, 2024). Trata-se de um caso que evidencia como experiências de abuso sexual, violência psicológica, negligência física, educacional e afetiva, incluindo conflitos familiares, instabilidade no cuidado e vulnerabilidade social podem se articular na constituição e manutenção de repertórios nomeados como sofrimento infantil.

Além disso, o caso permite discutir uma questão central para a clínica com crianças em situação de violência: a retirada da criança de um contexto de violação grave não garante, por si só, a interrupção das contingências aversivas. Em algumas situações, a criança passa a viver em outro ambiente que, embora seja organizado com a intenção de protegê-la, pode reproduzir práticas violentas, invasivas, punitivas ou revitimizantes. Assim, o cuidado pode se tornar ambíguo: ao mesmo tempo em que busca proteger, também pode manter ou reativar aspectos da história de violência.

Para facilitar a compreensão, o capítulo está dividido em cinco partes: informações gerais; histórico e relacionamento familiar; entendimento das queixas; análise funcional e intervenções; e considerações finais. Algumas informações foram alteradas ou omitidas para preservar os envolvidos, e a utilização dos dados clínicos foi autorizada para a escrita deste capítulo.

Informações gerais

Isabela iniciou acompanhamento no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (AEHU-UEL) em razão de

comportamentos sexualizados, autolesivos, opositores e agressivos, além de histórico de múltiplas violências, incluindo violência sexual. Inicialmente, os residentes de Psiquiatria levantaram a hipótese diagnóstica de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Ao longo do acompanhamento, diante das informações apresentadas pelos responsáveis e por outros profissionais, também foi discutida a hipótese de Transtorno de Conduta.

Na sequência, Isabela foi encaminhada para atendimento na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina, por meio do projeto de extensão *Psicologia Clínica Comportamental para Famílias com Crianças/Adolescentes em Tratamento Psiquiátrico*, com o objetivo de realizar acompanhamento psicológico articulado ao cuidado psiquiátrico.

Uma estudante de Psicologia vinculada ao projeto iniciou o processo psicoterapêutico com Isabela, sob supervisão da coordenadora. Durante o acompanhamento, a terapeuta e a professora responsável identificaram também a necessidade de apoio psicológico à madrastra, Camila (Cuid 2), e ao pai (Cuid 6), Júlio. Ao longo do caso, foram realizadas reuniões com residentes de Psiquiatria, assistentes sociais do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e do AEHU, profissionais da escola e outros serviços que tiveram contato com a família. Ou seja, o caso demandou integração a RAPS - Rede de Apoio Psicossocial (Brasil. Ministério da Saúde, 2011, 2017)

A família atendida era composta por Júlio, pai de Isabela, 27 anos, trabalhador da construção civil; Isabela, 7 anos; Camila, madrastra da criança e diarista; e os filhos biológicos de Camila: Enzo, 9 anos, e os gêmeos Gustavo e Mariana, 5 anos. Júlio trabalhava em horário comercial durante todos os dias da semana. Em alguns períodos, as crianças ficavam sob os cuidados de Camila e, em outros, com os pais dela ou com outras pessoas da rede familiar.

Dificuldades financeiras importantes da família interferiam na assiduidade aos atendimentos psicoterapêuticos, na adesão ao tratamento farmacológico, no acesso a serviços de saúde e no suporte para o cuidado das crianças. Esse aspecto é relevante porque as vulnerabilidades socioeconômicas não aparecem apenas como pano de fundo do caso, mas como variáveis que participavam diretamente da manutenção das dificuldades familiares, da descontinuidade do cuidado e da baixa adesão às intervenções propostas.

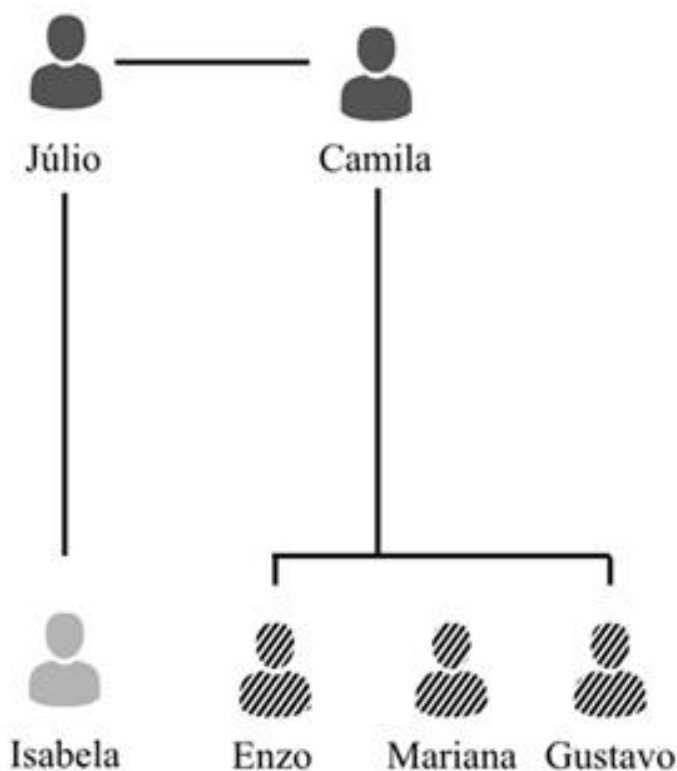


Figura 1 - Representação simplificada da composição familiar de Isabela.

Nota - A figura apresenta Júlio, Camila, Isabela e os filhos biológicos de Camila, indicando a configuração familiar acompanhada pela Clínica Psicológica da UEL. Os nomes utilizados são fictícios e as informações foram organizadas de modo a preservar o sigilo dos envolvidos.

Histórico e relacionamento familiar

Júlio casou-se pela primeira vez aos 19 anos em decorrência da gravidez da então namorada. O casamento durou pouco tempo e, aproximadamente seis meses após o nascimento de Isabela, o casal se separou. A menina permaneceu sob os cuidados da mãe biológica e dos avós maternos. Posteriormente, Júlio mudou-se de cidade, iniciou relacionamento com Camila e passou a morar com ela e seus filhos.

Durante esse período, Júlio enfrentou dificuldades para conviver com Isabela, uma vez que a mãe biológica, detentora da guarda, impedia os encontros. Somente por meio de ações judiciais conseguiu que a filha passasse férias em sua casa. Foi durante uma dessas visitas que os abusos sofridos por Isabela foram descobertos por Camila.

A criança apresentou dores intensas e lesões na região anal, sendo levada por Júlio e Camila ao hospital. Após exames e avaliação psicológica, constatou-se que Isabela havia sido vítima de abuso sexual cometido pela mãe biológica e pelo padrasto. Os relatos e avaliações indicaram situações graves, envolvendo sedação da menina para a prática dos atos, acesso a pornografia e exposição a relações sexuais.

A partir desse momento, Júlio e Camila tomaram as medidas jurídicas cabíveis para denunciar a violência sexual sofrida por Isabela, bem como a negligência dos avós maternos diante da situação. Também ingressaram com ação judicial para obter a guarda da criança. Durante o período dos atendimentos psicológicos, o processo de guarda ainda estava em andamento, enquanto a mãe biológica e o padrasto permaneciam presos.

A mãe biológica de Isabela fazia uso de drogas ilícitas e mantinha um relacionamento marcado por brigas com o parceiro, muitas vezes presenciadas pela criança. Em uma dessas situações, Isabela relatou ter visto a mãe ferir o padrasto com uma faca. Assim, antes de ir morar com o pai e a madrasta, a criança havia sido exposta a um contexto de abuso sexual, negligência, uso de substâncias, violência conjugal e imprevisibilidade.

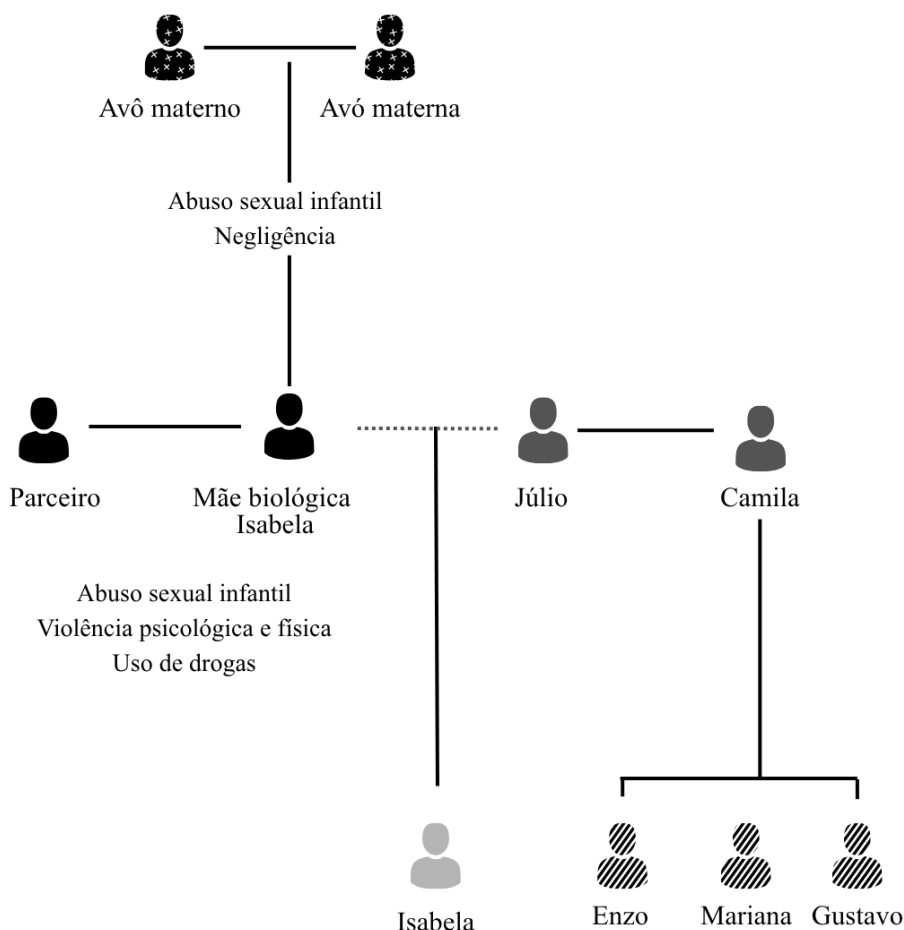


Figura 2 - Histórico familiar e violências vivenciadas por Isabela no contexto materno.

Nota - A figura representa a inclusão da mãe biológica, do parceiro dela e dos avós maternos, sintetizando as principais situações de violência intrafamiliar vivenciadas por Isabela até o início do acompanhamento psicológico.

Após a descoberta dos abusos, Isabela passou a morar com o pai, a madrasta e as demais crianças. Contudo, esse novo contexto familiar, embora tivesse como objetivo protegê-la, também passou a ser marcado por conflitos, negligências, punições e interações que contribuíam para a manutenção de comportamentos-problema.

A relação conjugal entre Júlio e Camila era caracterizada por ausência de afeto, discussões frequentes, ciúmes e conflitos relacionados aos cuidados com Isabela. Júlio relatava que Camila o xingava, humilhava, agredia, permanecia sem falar com ele por dias, ameaçava separar-se ou expulsá-lo de casa. Os conflitos eram frequentemente resolvidos por silêncio, afastamento ou agressões.

Camila apresentava uma perspectiva diferente sobre a relação conjugal. Embora também relatasse comportamentos agressivos e desconfianças, entendia que Júlio era quem precisava modificar atitudes que ela interpretava como flertes com outras mulheres. Relatava que suas próprias reações agressivas eram justificadas pelo contexto e por pessoas próximas, enquanto Júlio era repreendido. Entretanto, essas situações não foram confirmadas nos relatos dele.

Tanto a relação conjugal quanto a trajetória de vida do casal são fundamentais para compreender o desenvolvimento de suas práticas parentais. Júlio relatou uma infância marcada pelo trabalho precoce na lavoura e na carvoaria, ausência de incentivo aos estudos e falta de momentos de lazer. Descreveu que, “mesmo criança, já era adulto”. Camila também vivenciou um contexto de adversidades, tendo trabalhado desde cedo na roça e convivido com um pai alcoolista que agredia fisicamente sua mãe. Na adolescência, enfrentou episódios de negligência, como ter sido privada de alimentação ao se recusar a contribuir financeiramente em casa. Também relatou ter empatia por Isabela por ter sido vítima de abuso sexual pelo pai de seu filho Enzo.

Assim, Júlio e Camila apresentavam trajetórias marcadas por violência intrafamiliar, trabalho infantil e negligência afetiva. Essas histórias pareciam se reproduzir na relação conjugal e nas práticas de cuidado dirigidas às crianças, impactando especialmente Isabela, que chegava à nova configuração familiar após uma história de violência sexual extrema.

A relação de Júlio com Isabela era marcada por distanciamento afetivo, embora ele demonstrasse esforço para garantir a presença da filha nos atendimentos psicológicos e médicos. Devido à rotina de trabalho, tinha poucos momentos de lazer com a criança e relatava dificuldades para lidar com as consequências dos abusos sofridos por ela. Raramente presenciava ou comentava os comportamentos sexualizados e autolesivos da filha.

Na tentativa de não incentivar comportamentos sexualizados, Júlio evitava demonstrações de carinho físico e verbal. Camila também demonstrava pouca afetividade com as crianças e cobrava de Júlio uma postura mais ativa na educação de Isabela, especialmente no diálogo sobre o abuso sexual e no manejo dos comportamentos considerados inadequados da menina.

Para Júlio, as maiores dificuldades estavam relacionadas aos xingamentos verbalizados por Isabela, à recusa em tomar medicação, estudar e ir à escola. Ao chegar do trabalho, frequentemente ouvia Camila relatar comportamentos inadequados da filha e discussões entre as duas. Júlio não sabia como lidar com essas situações. Quando tentava conversar com a menina, ela costumava chorar, esfregar os olhos e permanecer em silêncio, o que fazia o pai questionar se estava sendo compreendido. Nessas circunstâncias, oscilava entre afastar-se, reagir com agressões físicas ou tentar orientá-la verbalmente.

A relação de Isabela com Camila apresentava outra configuração. De acordo com os relatos da madrastra, ela e a menina mantinham longas conversas, muitas vezes com conteúdos inadequados para a idade da criança, incluindo descrições dos abusos sexuais vivenciados, xingamentos e diálogos de caráter adulto. Camila relatava preocupação com o bem-estar da menina, com o lazer, os estudos e a saúde física, afirmando que Isabela a via como mãe. Ao mesmo tempo, a relação era marcada por

muitos conflitos, como se houvesse uma disputa entre duas versões de um mesmo fato: a de Isabela e a de Camila.

Camila foi a primeira a identificar os abusos sofridos pela enteada e, a partir disso, passou a ocupar papel central nos cuidados com a menina. Direcionava grande parte de sua atenção ao tema do abuso sexual, muitas vezes em detrimento de outras dimensões da vida infantil. Buscava informações em leituras e vídeos sobre como lidar com vítimas de abuso sexual e frequentemente orientava Isabela sobre esse assunto, retomando-o de forma recorrente.

Era na presença da madrasta que Isabela apresentava a maioria dos comportamentos sexualizados, como falas sobre sexo e comportamentos de autoestimulação. Diante desses comportamentos, Camila dizia orientar a enteada a “ser criança”, concentrando-se em estudar, arrumar a casa e brincar. Em outros momentos, punia a menina com broncas, serviços domésticos e distanciamento. Também utilizava linguagem inadequada e termos pejorativos, acreditando que apenas assim a criança a compreenderia.

Outro aspecto recorrente era a exposição pública dos comportamentos-problema e do histórico de abuso da criança, inclusive na presença dela, frequentemente em tom de repreensão. Nas sessões, Camila descrevia a enteada como “sexualizada, agressiva e manipuladora” e relatava dificuldades de vínculo, destacando episódios de desobediência, conflitos e mentiras. Essa forma de relatar e expor Isabela parecia reforçar a identidade da criança como “problema” e mantinha o abuso sexual como tema central das interações familiares.

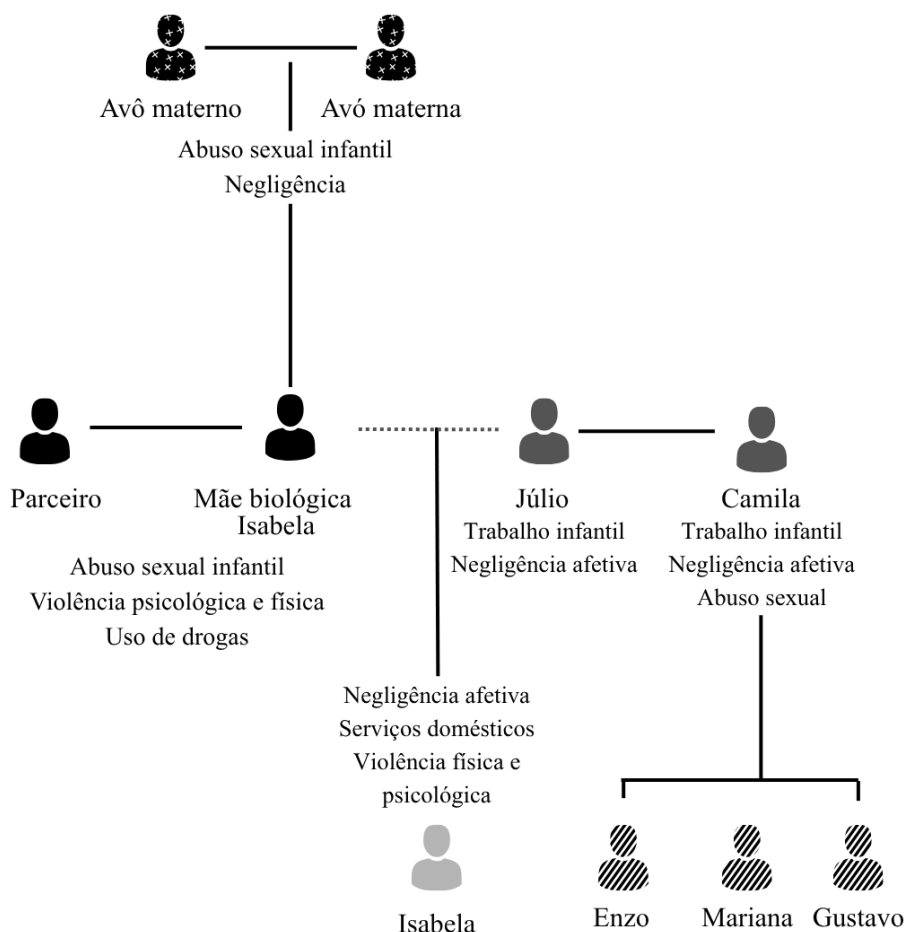


Figura 3 - Relação conjugal, história de vida dos cuidadores e rotina familiar no caso Isabela.

Nota - A figura sintetiza aspectos da relação entre Júlio e Camila, da história de vida de ambos e da rotina familiar que contribuíram para a manutenção dos comportamentos-problema apresentados por Isabela.

Um episódio de acidente doméstico sofrido pela menina ilustra as contradições nos relatos de Júlio e Camila e a permanência de práticas violentas ou negligentes na rotina familiar. Em certa ocasião, Isabela se acidentou ao desobedecer a orientação de Camila durante a montagem de um armário, resultando em fratura no dedo do pé, com consequente cirurgia e implante de pinos.

Camila permaneceu com a enteada durante três dias no hospital. Júlio ofereceu-se para ficar com a filha, mas Camila se recusava a sair do lado da menina. Júlio admirava essa postura e a interpretava como demonstração de amor. Contudo, posteriormente, uma psicóloga do hospital relatou a Júlio que uma enfermeira teria ouvido Camila dizer que Isabela “deveria trabalhar em um bordel”. Júlio tentou investigar a situação, mas Camila negou. As terapeutas souberam posteriormente, por

profissionais do hospital, que em alguns momentos foi necessário administrar medicação calmante à criança para que ela não ouvisse comentários inadequados feitos por Camila.

Após receber alta, Isabela deveria permanecer em repouso. No entanto, segundo Camila, a criança não obedecia, queria brincar e mexia nos pinos colocados no dedo. Júlio, ao ouvir as queixas da companheira, enfaixou o pé da filha com gaze para evitar sujeira e impedir que ela mexesse no local. As possíveis consequências da má cicatrização foram explicadas à criança, incluindo a possibilidade de amputação do dedo ou do pé.

Segundo os responsáveis, Isabela retirou um dos pinos do dedo e tentou colocá-lo novamente no lugar. Em outro momento, Camila percebeu que a menina estava quieta e com dor; ao olhar o pé, observou inchaço, esfregou o ferimento com uma bucha e apertou o local, fazendo sair grande quantidade de líquido. As terapeutas questionaram se essa atitude era necessária e levantaram a hipótese de que esse “cuidado” poderia ter piorado o ferimento e provocado dor intensa. Camila, porém, relatou que a criança não sentiu dor e que, ao contrário, melhorou.

A má cicatrização levou a uma nova internação de Isabela por 19 dias, com infecção grave, necessidade de nova cirurgia e uso de muitos medicamentos. Esse episódio evidencia a dificuldade de adesão da criança ao autocuidado, mas também a dificuldade dos adultos em garantir repouso, supervisão adequada e cuidado físico não invasivo ou aversivo.

Considera-se que o entrelaçamento dessas contingências produziu um cenário extremamente complexo e vulnerável para Isabela. As terapeutas e professoras responsáveis identificaram que questões estruturais, violência intrafamiliar, desigualdade social, práticas parentais coercitivas e fragilidade na rede de cuidado impactavam diretamente a manutenção do quadro da criança. A análise do caso permite pensar que as consequências para Isabela poderiam ter sido diferentes caso as condições sociais, familiares e institucionais também fossem outras.

Análise funcional: entendendo as queixas...

As primeiras informações recebidas pelas terapeutas sobre o caso estavam relacionadas aos comportamentos-problema de Isabela. Conforme relatos dos responsáveis, a criança apresentava comportamentos sexualizados, autolesivos, opositores, agressivos e episódios descritos como crises de ausência. Nenhum desses comportamentos foi observado diretamente durante as sessões; ocorriam em outros ambientes, como casa e escola.

Além disso, as terapeutas encontraram dificuldade para operacionalizar as queixas, pois os relatos da madrastra, do pai e de outros profissionais envolvidos nem sempre coincidiam. As versões sobre os mesmos acontecimentos eram frequentemente divergentes, o que dificultava a coleta de dados, a descrição precisa dos comportamentos e a elaboração de análises funcionais mais estruturadas.

No presente caso, a análise funcional molar foi utilizada para organizar hipóteses clínicas sobre os comportamentos sexualizados, autolesivos, opositores/agressivos e de esquiva apresentados por Isabela (Baum, 2019; Matos, 1999; Meyer, 2003; Neno, 2003; Skinner, 1974/2006, 1989/1995). Consideraram-se, para isso, não apenas os

episódios específicos em que esses comportamentos ocorriam, mas também a história de violência sexual, negligência afetiva, exposição à violência conjugal, práticas parentais coercitivas, inconsistência no cuidado, vulnerabilidade social e dificuldades de articulação da rede. Assim, os comportamentos-problema foram compreendidos como repertórios desenvolvidos e mantidos em contextos marcados por ameaça, imprevisibilidade, ausência de proteção e acesso predominante a atenção em situações de crise.

Os comportamentos sexualizados foram descritos como falas sobre sexo, insinuações sexuais dirigidas a outras pessoas e comportamentos de autoestimulação, incluindo introdução de objetos nas partes íntimas a ponto de causar ferimentos e danificar roupas. Um exemplo relatado foi o episódio em que Isabela teria colocado o cabo de uma colher no ânus e a outra extremidade na vagina. Camila percebeu a situação durante uma “revisão de rotina” para verificar se a enteada havia defecado na roupa. Depois, contou a Júlio e pediu que ele olhasse as partes íntimas da filha.

Júlio relatou que, inicialmente, tinha dificuldade de acreditar que esses comportamentos ocorressem, chegando a pensar que fossem mentira de Camila. Afirmou ter visto as partes íntimas da filha apenas nessa ocasião, para compreender o que estava acontecendo. Na escola, a diretora informou que Isabela apresentava comportamentos sexualizados em relação a colegas, chegando a convidar um menino para acompanhá-la ao banheiro. Camila foi quem mais relatou episódios desse tipo, descrevendo comentários inadequados dirigidos a adultos e situações envolvendo exposição do corpo diante de Enzo.

Segundo o pai, ele não presenciava comportamentos sexualizados da filha dirigidos a ele. Relatava que Isabela nunca se insinuou sexualmente para ele e não fazia comentários sobre sexo em sua presença. Também dizia sentir grande dificuldade em lidar com a situação, evitando momentos de intimidade, como dar banho ou trocar de roupa diante da criança, por receio de reforçar tais comportamentos. Essa informação contrastava com os relatos de Camila, que descrevia insinuações sexuais recorrentes da criança em direção ao pai.

A Figura 4 apresenta uma análise funcional molar dos comportamentos de sexualidade considerados problema de Isabela.

Análise funcional molar do caso Isabela – comportamentos sexualizados

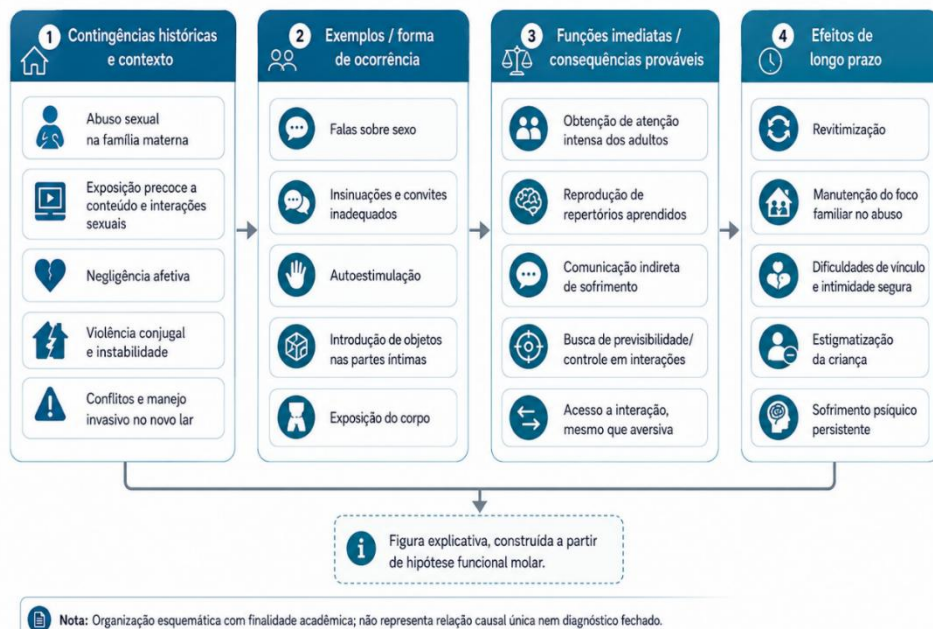


Figura 4 - Análise funcional molar dos comportamentos sexualizados apresentados por Isabela.

Nota - A figura sintetiza possíveis relações entre a história de violência sexual, negligência afetiva, exposição a conteúdos e interações sexualizadas, manejo familiar invasivo e a ocorrência de comportamentos sexualizados. As funções e consequências apresentadas são hipóteses clínicas elaboradas a partir dos dados disponíveis no acompanhamento.

Os comportamentos autolesivos incluíam autoestimulação excessiva e introdução de objetos nas partes íntimas, além de puxar o próprio cabelo, bater a cabeça na parede, arranhar-se e apertar-se. No entanto, durante o acompanhamento psicológico, as terapeutas não observaram marcas corporais compatíveis com alguns desses relatos, e a criança apresentava-se sempre com o cabelo arrumado.

Júlio relatou um episódio em que, durante o banho dado pela madrastra, Isabela se irritou e arranhou a própria testa até sangrar. Em seguida, mostrou os ferimentos aos pais de Camila, afirmando que eles haviam sido causados na casa do pai, o que gerou conflito entre as famílias. Quando Júlio questionou a mentira, a criança chorou e disse não saber explicar o motivo, afirmando apenas que queria ver sangue e que desejava que o pai de Camila ferisse Júlio com uma faca.

Outro exemplo de comportamento autolesivo foi relacionado ao acidente doméstico e à retirada dos pinos do pé. Também é importante destacar que, segundo Júlio, Camila apresentava comportamentos autolesivos quando estava estressada ou com raiva, trancando-se no quarto e dando socos na parede até se machucar. A equipe levantou a hipótese de que esses comportamentos poderiam funcionar como modelo

para Isabela, embora não houvesse informações suficientes para confirmar essa relação.

Análise funcional molar do caso Isabela – comportamentos autolesivos



Nota: Organização esquemática com finalidade acadêmica; alguns dados do caso eram contraditórios ou insuficientes.

Figura 5 - Análise funcional molar dos comportamentos autolesivos apresentados por Isabela.

Nota - A figura organiza hipóteses funcionais relacionadas aos comportamentos autolesivos, considerando a história de violências, o ambiente familiar imprevisível e coercitivo, o repertório limitado de regulação emocional e a possível função desses comportamentos como expressão indireta de sofrimento, autorregulação e obtenção de cuidado ou atenção.

Os comportamentos opostos de Isabela eram descritos como agressões, xingamentos, manipulação, não seguimento de regras e mentiras. Apareciam principalmente em contextos de brigas, realização de tarefas escolares, interação com irmãos e relação com os cuidadores. Júlio relatava que a filha dizia não saber fazer tarefas, recusava-se a realizá-las ou interrompia a atividade no meio. Ele perdia a paciência e, em algumas situações, batia na criança, com tapas ou puxões de orelha. Em seguida, Isabela chorava, mas não podia se levantar até terminar a tarefa.

É importante considerar que Isabela possivelmente apresentava dificuldades reais de aprendizagem. Entretanto, no contexto descrito, seus comportamentos também pareciam funcionar como oposição às exigências do pai. Júlio, Camila e a diretora da escola relatavam resistência da criança em ir à escola e estudar, bem como comportamentos como rasgar folhas do caderno, recusar atividades e resmungar xingamentos.

Camila relatava diversos exemplos de comportamentos opostos no cotidiano. Durante atividades simples, como dar banho, Isabela reagia com frases como “você

não é minha mãe” ou “não preciso da sua ajuda”. Em um episódio mais grave, durante o banho, a menina teria mordido a mão de Camila até sangrar e dito: “agora consegui o que eu queria, ver sangue”. Camila afirmava manter a calma ou simplesmente se afastar nesses momentos.

Outros comportamentos agressivos atribuídos a Isabela foram relatados, embora não fosse possível classificá-los com clareza como opositores devido à falta de informações consistentes. Dois episódios chamaram atenção: o envenenamento da avó de Camila e a intoxicação de Mariana, irmã mais nova de criação.

No episódio do envenenamento, Júlio afirmou que as informações eram confusas e que sabia apenas o que a mãe de Camila relatou. Segundo essa versão, as crianças estavam na casa dos pais de Camila, e o pai dela havia colocado veneno para rato na residência. Isabela, ao ajudar na limpeza, teria colocado veneno no suco ingerido pela mãe de Camila. Segundo o relato, a criança teria dito que queria ser filha única e que o objetivo era oferecer o suco aos irmãos. Contraditoriamente, quem ingeriu o suco foi a mãe de Camila e, quando outras crianças tentaram beber, a própria Isabela as impediu e contou o que havia feito. Assim, não ficou claro se a função do comportamento era agredir familiares, produzir atenção, testar limites ou outra consequência.

No episódio da intoxicação de Mariana, Júlio descobriu que Isabela não estava tomando os medicamentos psiquiátricos porque Mariana os encontrou atrás da cama e ingeriu pensando que fossem balas. Júlio percebeu que a criança estava sonolenta e cambaleante, levou-a ao hospital e foi constatada intoxicação medicamentosa. Mariana permaneceu internada em observação por três dias. Após o incidente, Júlio passou a administrar a medicação de Isabela com maior rigor, triturando ou verificando se os comprimidos eram mastigados. Camila interpretou o episódio como tentativa proposital de prejudicar Mariana, enquanto Júlio tendia a interpretar os comportamentos da filha como acidentes, sem aparente consciência da gravidade da situação.

Análise funcional molar do caso Isabela – comportamentos opositores e agressivos



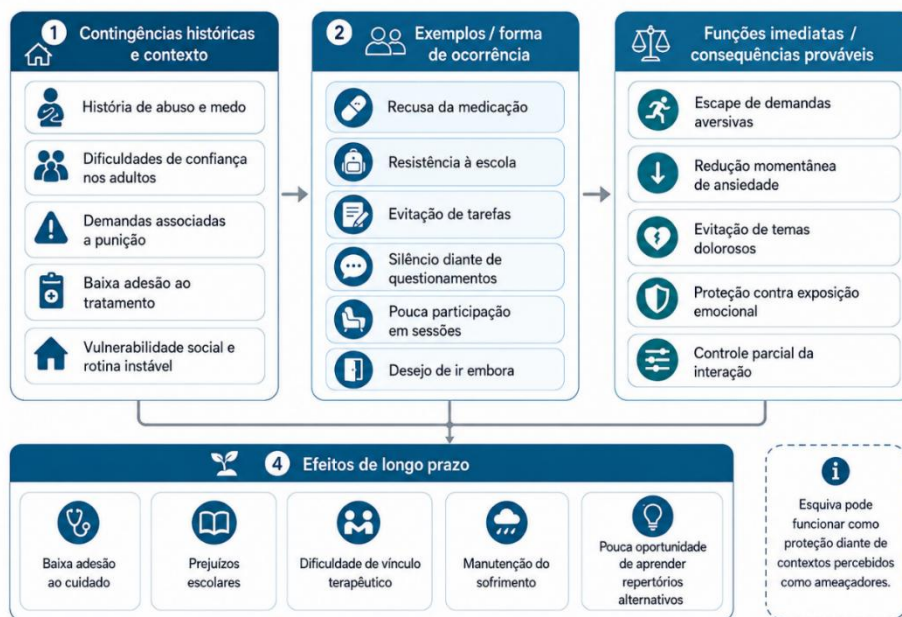
Nota: Figura de caráter explicativo e acadêmico, baseada em análise funcional molar do caso.

Figura 6 - Análise funcional molar dos comportamentos opositores e agressivos apresentados por Isabela.

Nota - A figura apresenta uma hipótese funcional para comportamentos como xingamentos, agressões, recusas, mentiras, acusações e desafios às regras, considerando sua relação com práticas parentais coercitivas, pouca atenção positiva, conflitos familiares, dificuldades escolares e possíveis funções de esquiva, oposição a exigências aversivas, obtenção de atenção e tentativa de controle nas interações.

As crises de ausência também foram mencionadas. Júlio nunca presenciou tais episódios e pouco falava sobre o assunto. Camila, por sua vez, dizia que Isabela fazia coisas e depois alegava não se lembrar. Relatou, por exemplo, um dia em que a criança teria pegado uma faca na cozinha e ameaçado a família. O pai soube do episódio apenas pela companheira e, em terapia, afirmou ter medo dos comportamentos da filha.

Análise funcional molar do caso Isabela – esquiva e recusa



Nota: Organização esquemática com finalidade acadêmica; figura construída a partir de análise funcional molar.

Figura 7 - Análise funcional molar dos comportamentos de esquiva e recusa apresentados por Isabela.

Nota - A figura sintetiza possíveis relações entre história de abuso, medo, dificuldades de confiança nos adultos, demandas associadas à punição e comportamentos como recusa da medicação, resistência à escola, evitação de tarefas, silêncio diante de questionamentos e pouca participação nas sessões. A esquiva é compreendida como possível forma de proteção diante de contextos percebidos como ameaçadores.

A maior parte das situações relacionadas aos comportamentos de Isabela era relatada por Camila, que passava mais tempo com a criança. Em alguns casos, as terapeutas obtinham informações por meio de Júlio e de outros profissionais, mas quase nunca pela própria Isabela. Durante os atendimentos, a menina falava pouco, interagia principalmente sobre temas das brincadeiras e, em alguns momentos, fazia comentários desconexos sobre a madrasta, ora elogiando suas habilidades culinárias, ora sua aparência. Não houve tempo hábil nem informações suficientes para compreender, com maior precisão, a perspectiva da criança sobre os acontecimentos.

Segue, a Figura 8, uma figura que condensa a análise funcional molar realizada no caso de Isabela, considerando os comportamentos entendidos como demanda, com as informações levantadas, ainda que muitas vezes contraditórias



Figura 8 - Análise funcional molar do caso Isabela: visão geral das contingências históricas, classes de comportamento, possíveis funções e efeitos de longo prazo.

Nota - A figura apresenta uma organização esquemática das principais contingências históricas e contextuais relacionadas ao caso, das classes de comportamentos-problema descritas pelos cuidadores e profissionais, das possíveis funções imediatas desses comportamentos e de seus efeitos prováveis a longo prazo. Trata-se de uma hipótese funcional molar, com finalidade explicativa e acadêmica, não representando relação causal única nem diagnóstico fechado.

Análise funcional e intervenções

A manutenção de contingências violentas foi compreendida como uma das principais variáveis presentes no caso. Isabela saiu de um contexto de violência extrema e intencional, predominantemente sexual, e foi inserida em outro ambiente que, embora organizado por adultos que buscavam protegê-la e obter sua guarda, também era marcado por práticas violentas, negligentes, punitivas, invasivas e pouco protetivas.

Esse cenário dificultava o tratamento dos efeitos da história anterior e, ao mesmo tempo, favorecia a manutenção e a intensificação de repertórios inadequados. A violência, nesse caso, não era apenas um antecedente histórico, mas uma variável atual, presente nas interações familiares, nas formas de cuidado, nos conflitos conjugais, nas punições, na exposição pública do abuso e nas checagens corporais realizadas pela madrastra.

Em um primeiro momento, Isabela recebeu a hipótese diagnóstica de Transtorno de Estresse Pós-Traumático pela equipe de Psiquiatria do AEHU. Essa hipótese foi levantada a partir das vivências traumáticas com a família materna, incluindo abuso

sexual, uso de drogas pela mãe biológica, agressões físicas entre a mãe e o parceiro e negligência afetiva. Esse contexto contribuiu para o estabelecimento de repertórios comportamentais apresentados pela menina, especialmente comportamentos sexualizados, opostos e agressivos.



Figura 9 - Histórico de contingências vivenciadas por Isabela no convívio com a família materna.

Nota - A figura sintetiza as principais experiências de violência intrafamiliar vivenciadas por Isabela até os 7 anos de idade e os comportamentos-problema relatados no início do acompanhamento.

O acompanhamento psiquiátrico e psicológico de Isabela, Júlio e Camila trouxe novas informações sobre a dinâmica familiar. A história de vida de Júlio e Camila era marcada por diferentes formas de violência, negligência afetiva e trabalho precoce, o que parecia repercutir na relação conjugal e nas práticas parentais. Na rotina familiar,

reproduziam-se ausência de afeto, silêncio, agressividade, excesso de tarefas domésticas e negligência no cuidado cotidiano.

Essa análise levou à formulação de uma nova hipótese diagnóstica para Isabela: Transtorno de Conduta. A hipótese foi sustentada pela presença de comportamentos opostos e por episódios descritos por Camila como tentativas intencionais de causar dano à família, como o envenenamento da avó e a intoxicação de Mariana. Entretanto, os profissionais envolvidos questionavam se os relatos de Camila eram descrições objetivas ou interpretações influenciadas por sua própria história de vida, suas percepções pessoais e sua relação conflituosa com a enteada.

Diante desse cenário, foram realizadas reuniões com profissionais da rede de assistência e cuidado, incluindo Conselho Tutelar, CREAS, Pronto Atendimento Infantil (PAI) e Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário. O objetivo era compreender e conduzir o caso de maneira integrada, visando à proteção e ao cuidado da criança. Em uma das reuniões, foram discutidos a relação conjugal, os comportamentos agressivos e sexualizados de Isabela e as contradições nos relatos de Camila, uma vez que diferentes profissionais tinham acesso a versões distintas sobre os mesmos acontecimentos.

Para que o trabalho em rede cumpra seu papel de proporcionar atendimento integral às famílias em situação de vulnerabilidade, é fundamental garantir sigilo, coesão entre os profissionais e pactuação de responsabilidades. No caso de Isabela, entretanto, as reuniões produziram divergências, posicionamentos polarizados e dificuldade em assumir uma decisão compartilhada sobre a permanência da criança com a família ou seu possível encaminhamento para acolhimento institucional. Diante da complexidade da situação, o acolhimento foi considerado apenas como última alternativa e, até o encerramento do acompanhamento pelo projeto, Isabela permanecia sob os cuidados do pai e da madrasta.

Nesse período, Camila foi convocada pelo CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) para prestar esclarecimentos sobre sua capacidade de cuidar das crianças. A convocação gerou uma reação agressiva da madrasta e o rompimento de vínculo com a equipe do projeto, levando-a a encerrar o acompanhamento psicoterapêutico. Pouco tempo depois, Júlio e Isabela também interromperam o processo terapêutico.

Apesar desse desfecho, algumas intervenções foram realizadas durante o acompanhamento. Não foi possível obter uma análise precisa das variáveis mantenedoras de todos os comportamentos-problema de Isabela, mas levantou-se a hipótese de que a negligência afetiva de ambos os responsáveis dificultava o desenvolvimento de repertórios relacionais saudáveis, de confiança, de afeto e de vínculo seguro com adultos e crianças.

Embora Júlio demonstrasse algumas tentativas de aproximação, sua postura com a filha era predominantemente aversiva, com broncas e agressões físicas, além de pouca troca afetiva. Sua dificuldade em reconhecer e reforçar comportamentos adequados fazia com que Isabela recebesse atenção principalmente diante de comportamentos-problema, o que contribuía para a manutenção de um ciclo disfuncional de interação.

Na relação com Camila, as terapeutas levantaram a hipótese de que a madrasta, possivelmente por identificação com sua própria história de violência sexual e conjugal, direcionava grande parte de sua atenção à história de abuso de Isabela. Essa

identificação parecia misturar a história de vida de Camila com a da enteada, influenciando suas interpretações sobre os comportamentos da criança.

Ser cuidadora de Isabela também parecia produzir reforçadores para Camila. Internamente, ao perceber-se como madrastra protetora; externamente, por ser vista de forma positiva por profissionais e familiares. Contudo, essa postura tornou-se excessiva e invasiva, contribuindo para a manutenção dos comportamentos sexualizados da criança. Camila retomava o tema do abuso de maneira recorrente e pública, expunha os fatos diante da menina e realizava checagens corporais diárias para verificar ferimentos ou se a criança havia defecado na roupa. Tais condutas poderiam produzir desconforto e revivência de aspectos do trauma sexual.

Pode-se considerar que o conteúdo das discussões familiares e conjugais girava frequentemente em torno dos comportamentos considerados como problemas apresentados por Isabela. Essa dinâmica possivelmente reforçava esses comportamentos, pois era nesses momentos que a criança recebia atenção do pai, de Camila e de outros profissionais envolvidos no caso.



Figura 10 - Possíveis contingências mantenedoras dos comportamentos-problema de Isabela.

Nota - A figura sintetiza relações entre comportamentos-problema, respostas dos cuidadores e possíveis consequências mantenedoras no contexto familiar.

As intervenções propostas buscaram reduzir comportamentos-problema e fortalecer repertórios adequados. As terapeutas orientaram Júlio a oferecer atenção e afeto à filha em contextos positivos, e não apenas diante de condutas sexualizadas ou

opositoras. Foram incentivados momentos de carinho, brincadeiras e convivência. Também foi trabalhado com ele o medo de aproximar-se da filha e a necessidade de esclarecer, de forma adequada, limites nas relações afetivas e sexuais. Embora Júlio se mostrasse receptivo às orientações, apresentava dificuldades práticas e pouco repertório para lidar com as demandas emocionais da criança.

Camila recebeu orientações semelhantes, sendo incentivada a cuidar de suas próprias questões emocionais e de suas experiências traumáticas anteriores para se relacionar com Isabela de forma mais ampla, sem restringir a convivência aos temas do abuso ou dos comportamentos-problema. As terapeutas buscaram ajudá-la a enxergar a enteada para além da história de violência, evitando interpretações distorcidas sobre suas atitudes, discussões com conteúdo adulto e ameaças de separação durante conflitos conjugais, pois tais falas poderiam gerar insegurança e levar Isabela a testar o vínculo com a madrastra por meio de comportamentos desafiadores.

Também foi orientado que Camila não comentasse publicamente sobre o abuso e sobre os comportamentos inadequados da menina, especialmente na presença dela, e que interrompesse checagens corporais regulares. Tais práticas, ainda que realizadas sob a justificativa de cuidado, podiam funcionar como formas de revitimização e exposição sexual da criança. Dessa forma, o abuso sofrido por Isabela continuava, de algum modo, sendo reatualizado nas interações com Camila.

Além disso, foi proposta a redução das tarefas domésticas atribuídas às crianças, com o objetivo de favorecer um ambiente mais acolhedor e adequado à idade delas. No entanto, as intervenções com o pai e a madrastra foram interrompidas devido ao encerramento do caso e à dificuldade da família em manter os atendimentos.

No atendimento de Isabela, as intervenções tiveram como objetivo inicial criar vínculo terapêutico e identificar seu repertório comportamental diante das diversas queixas relatadas. A construção de vínculo foi considerada essencial e, ao mesmo tempo, extremamente desafiadora. Provavelmente, a relação com as terapeutas poderia constituir uma das primeiras experiências de confiança, validação e respeito vividas pela criança.

Inicialmente, as terapeutas explicaram a Isabela o propósito da terapia, demonstrando acolhimento e preocupação com sua história. Para favorecer o vínculo e tornar o ambiente terapêutico mais reforçador, foram propostas atividades de interesse da criança, permitindo que escolhesse entre diferentes opções ou sugerisse brincadeiras, como fazer *slime* ou dançar balé.

Além da construção do vínculo, essas intervenções tinham como objetivo ensinar comportamentos compatíveis com sua idade, favorecer o contato com atividades infantis, criar um espaço de previsibilidade e confiança e inserir possibilidades de escolha no cotidiano terapêutico. A criança podia escolher a brincadeira, decidir se queria continuar uma atividade ou combinar o que seria feito na sessão seguinte.

Apesar desse manejo, foi difícil estabelecer vínculo com Isabela. O número limitado de sessões, as faltas frequentes da família e a preocupação quanto à possível influência de Camila sobre o discurso da criança interferiram no processo. Isabela falava brevemente sobre os acontecimentos, às vezes não os mencionava, e frequentemente pedia para ir embora ou para que Camila participasse, dizendo estar preocupada que a madrastra ficasse esperando sozinha.

Ao falar de Camila, a criança tendia a apresentá-la de forma positiva, elogiando suas comidas ou roupas. Isabela não relatava espontaneamente seus comportamentos-problema em sessão e parecia pouco interessada em algumas atividades. Ainda assim, aquele parecia ser um dos poucos espaços em que a criança não era definida por seus diagnósticos, pelos comportamentos-problema ou pela história de abuso. Era importante que, ali, pudesse ser criança, brincar, escolher, ser escutada e, gradualmente, aprender formas mais adequadas de expressar seu sofrimento.

Inferese-se que Isabela não apresentava repertório emocional suficiente para lidar com os sentimentos relacionados às experiências traumáticas, o que pode ter aumentado a frequência de comportamentos autolesivos com função de autorregulação. Como citado anteriormente, Camila também apresentava comportamentos autolesivos para lidar com emoções intensas, o que poderia funcionar como modelo para a criança. Contudo, as terapeutas não obtiveram informações suficientes para confirmar essa hipótese.

Mesmo com a mobilização para garantir acompanhamento psicológico e psiquiátrico à família, bem como com as reuniões de análise entre profissionais da RAPS, a complexidade do contexto e as dificuldades de assiduidade interferiram no engajamento de Isabela na terapia. Assim, as variáveis estruturais, familiares e institucionais tiveram efeito importante na manutenção do caso, na pouca melhora dos comportamentos-problema e no encerramento dos atendimentos pelo projeto.

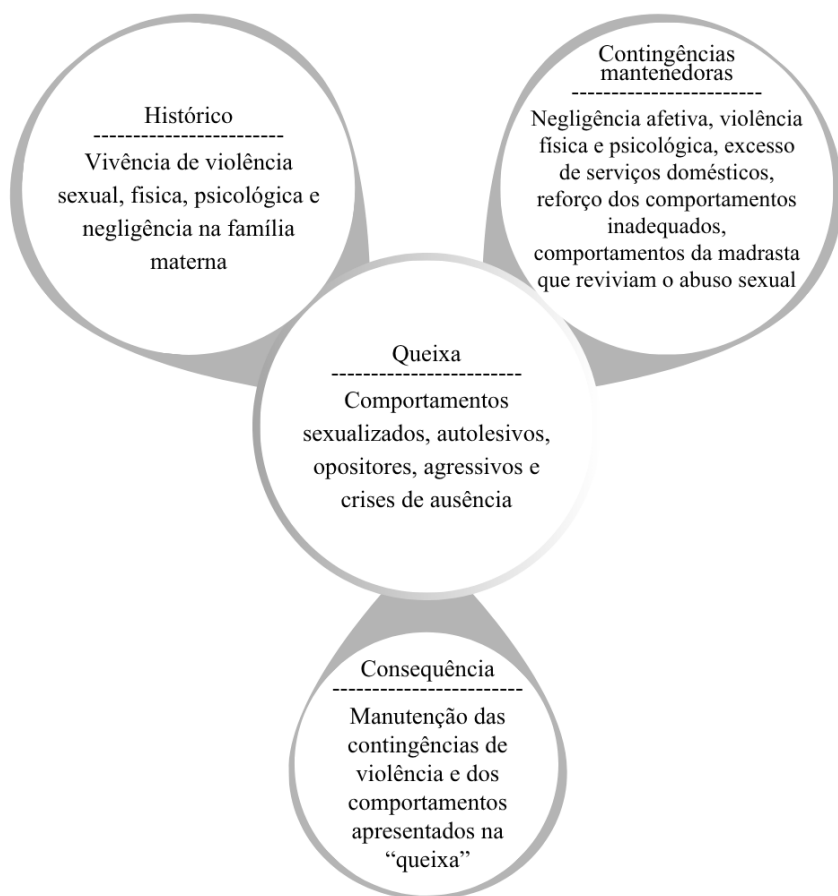


Figura 11 - Consequências das contingências familiares vivenciadas por Isabela.

Nota - A figura representa, de forma sintética, as possíveis consequências das contingências familiares, incluindo a manutenção de relações marcadas por abuso sexual, violência física, violência psicológica, negligência e revitimização.

Considerações finais

O caso Isabela evidencia a complexidade do atendimento psicológico a crianças em situação de violência, especialmente quando a criança permanece exposta a contingências aversivas e relações familiares pouco protetivas. Embora Isabela tenha sido retirada de um contexto de violência sexual extrema, o novo ambiente familiar não conseguiu garantir plenamente segurança, acolhimento e cuidado consistentes.

Muitos questionamentos da equipe de Psicologia permaneceram sem resposta. Diversas vezes, não foi possível compreender o que de fato havia acontecido em

determinadas situações, o que impediu o aprofundamento das análises funcionais e das intervenções. As faltas aos atendimentos psicológicos e às consultas psiquiátricas também aumentaram a complexidade do caso e dificultaram a construção de vínculo terapêutico.

As versões contraditórias de Camila, Júlio e outros profissionais dificultaram a compreensão dos comportamentos-problema de Isabela. Além disso, a própria criança pouco se abria para as terapeutas, o que impediu o acesso à sua percepção sobre os acontecimentos. Como consequência, poucas intervenções puderam ser realizadas de forma contínua, e o quadro de violência permaneceu ativo.

O caso também demonstra que o trabalho em rede é necessário, mas não suficiente quando não há coesão, comunicação clara e corresponsabilização entre os profissionais envolvidos. A RAPS foi acionada para compreender o caso e auxiliar a família em vulnerabilidades que ultrapassavam a saúde mental. Entretanto, o manejo em equipe também revelou divergências, posicionamentos polarizados e diferentes leituras sobre a permanência da criança com a família ou seu possível acolhimento institucional.

Nesse sentido, o caso Isabela reforça a importância da articulação entre Psicologia, Psiquiatria, assistência social, escola, rede de proteção e sistema de justiça em situações de violência infantil. Também evidencia a necessidade de que o cuidado seja orientado por análises contextualizadas, que considerem não apenas os comportamentos da criança, mas as contingências familiares, sociais e institucionais que participam de sua manutenção.

A partir da Análise do Comportamento, os comportamentos sexualizados, autolesivos, opositores e agressivos de Isabela podem ser compreendidos como repertórios desenvolvidos em contextos de violência, ameaça, imprevisibilidade e ausência de cuidado seguro. Essa compreensão não elimina a gravidade dos comportamentos apresentados, mas permite analisá-los como produtos de uma história de contingências, evitando interpretações moralizantes ou culpabilizantes da criança.

Por fim, o caso mostra que a revitimização pode ocorrer mesmo em ambientes que se apresentam como protetivos. Quando adultos expõem repetidamente a história de abuso, realizam checagens corporais invasivas, usam linguagem sexualizada ou pejorativa, punem a criança por manifestações de sofrimento ou mantêm conflitos conjugais centrados nela, o cuidado pode deixar de ser reparador e passar a reativar elementos da violência vivida. Assim, o caso Isabela convoca profissionais e redes de cuidado a construir intervenções mais coesas, protetivas, sensíveis ao trauma e orientadas pela garantia de direitos da criança.

Referências

- Baum, W. M. (2019). *Compreender o behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução* (D. Bueno, Trad.; 3ª ed.). Artmed.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

Garcia, M. E. F., & Fornazari, S. A. (2024). Negligência como variável relevante no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na infância: Revisão de literatura. In J. C. Luzia, S. C. Murari, S. R. de Souza, & V. B. Haydu (Orgs.), *Psicologia e análise do comportamento: Aplicações à educação e saúde* (pp. 85–96). Ed. dos Autores.

Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 8–18. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X1999000300002>

Meyer, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. In C. E. Costa, J. C. Luzia, & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 75–91). ESETec.

Neno, S. (2003). Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 151–165.

Skinner, B. F. (2006). *Sobre o behaviorismo* (M. da P. Villalobos, Trad.; 10ª ed.). Cultrix. (Trabalho original publicado em 1974).

Skinner, B. F. (1995). *Questões recentes na análise comportamental* (A. L. Neri, Trad.; 2ª ed.). Papirus. (Trabalho original publicado em 1989).

CAPÍTULO 7

CASO VANESSA: AFETO, CONTROLE E VIOLÊNCIA EM RELAÇÕES DE CUIDADO

VANESSA CASE: AFFECTION, CONTROL, AND VIOLENCE IN CARE RELATIONSHIPS

Heloisa Helena Batista Haggi
Maria Elena Flumignan Garcia
Sílvia Aparecida Fornazari

Resumo

Este capítulo tem como objetivo apresentar e discutir o caso clínico de Vanessa, adolescente atendida em um projeto de extensão universitária em Psicologia Clínica Comportamental, a partir da relação entre violência estrutural, negligência afetiva, violência psicológica e sexual em contexto religioso, e seus efeitos sobre a constituição de repertórios de busca por afeto, cuidado e validação. O método adotado foi o estudo de caso clínico, com base em atendimentos psicoterapêuticos, supervisões clínicas, análise funcional molar e registros produzidos ao longo do acompanhamento. Os resultados indicaram que a história de abandono parental, vulnerabilidade social, conflitos familiares e ausência de vínculos protetivos consistentes favoreceram a aproximação da adolescente a figuras adultas de autoridade que, inicialmente, exerciam função de cuidado e pertencimento, mas passaram a estabelecer relações de controle, manipulação e abuso. A psicoterapia possibilitou acolhimento, psicoeducação sobre relações abusivas, elaboração inicial dos sentimentos ambivalentes, construção de estratégias de segurança e ampliação de fontes alternativas de reforçamento, como escola, atividades culturais e projetos de futuro. Discute-se que, embora o trabalho clínico tenha sido fundamental, ele não foi suficiente para modificar as contingências estruturais e familiares que mantinham Vanessa em situação de vulnerabilidade, evidenciando a necessidade de articulação entre clínica, rede de proteção e políticas públicas.

Palavras-chave: violência sexual; adolescência; análise funcional; relações abusivas; cuidado em rede.

Abstract

This chapter aims to present and discuss Vanessa's clinical case, involving an adolescent treated within a university extension program in Behavioral Clinical Psychology, focusing on the relationship between structural violence, emotional neglect, psychological and sexual violence in a religious context, and their effects on the development of behavioral repertoires related to the search for affection, care, and emotional validation. The method adopted was a clinical case study grounded in psychotherapeutic sessions, clinical supervision, molar functional analysis, and records produced throughout the intervention. The results indicated that Vanessa's history of parental abandonment, social vulnerability, family conflict, and lack of consistent protective bonds contributed to her involvement with adult authority figures who initially functioned as sources of care and belonging but gradually established relationships marked by control, manipulation, and abuse. Psychotherapy provided emotional support, psychoeducation regarding abusive relationships, initial processing of ambivalent feelings, development of safety strategies, and expansion of alternative sources of reinforcement, such as school, cultural activities, and future plans. The discussion emphasizes that, although clinical work was essential, it was not sufficient to modify the structural and family contingencies that maintained Vanessa in a situation of vulnerability, highlighting the need for coordination among clinical practice, protection networks, and public policies.

Keywords: sexual violence; adolescence; functional analysis; abusive relationships; network-based care.

O caso de Vanessa (Cr 24) é outro caso do projeto que ilustra diversas formas de violência descritas nos capítulos anteriores. O acompanhamento teve início em novembro de 2020, ainda em contexto de pandemia da COVID-19. Por esse motivo, os primeiros atendimentos foram realizados na modalidade remota e, posteriormente, passaram a ocorrer presencialmente na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

O irmão de Vanessa já era acompanhado pelo projeto (Cr 29). A adolescente foi encaminhada para atendimento psicológico após a avó descobrir que ela estava sendo vítima de violência sexual e psicológica praticada por líderes da comunidade religiosa que frequentava. O caso será contextualizado e descrito a seguir, respeitando o sigilo das pessoas envolvidas.

O título deste capítulo expressa o eixo central da análise clínica: Vanessa buscava afeto, pertencimento e cuidado, mas encontrou esses elementos em relações marcadas por controle, manipulação, sexualização e violência. Assim, o caso permite compreender como histórias de abandono, negligência afetiva, violência estrutural e ausência de vínculos protetivos consistentes podem aumentar a vulnerabilidade de adolescentes a relações abusivas que se apresentam, inicialmente, como cuidado (Garcia & Fornazari, 2024).

Histórico familiar

No início do acompanhamento, Vanessa tinha 15 anos e morava com Marta (Cuid 7), esposa de seu falecido avô materno, e com Arthur, seu irmão mais novo. Marta era responsável pela guarda dos dois irmãos, que moravam com ela desde que Vanessa tinha 4 anos. Após uma briga familiar, Marta expulsou Carolina, mãe de Vanessa, de casa. Carolina saiu e deixou os dois filhos sob os cuidados de Marta.

Desde então, Vanessa perdeu contato contínuo com os pais biológicos. A mãe passou a visitá-los esporadicamente em datas comemorativas e, com o tempo, as visitas se tornaram cada vez mais espaçadas, até deixarem de acontecer. Vanessa não retomou contato com a mãe, mesmo morando relativamente perto dela, e, nas sessões, afirmava preferir manter esse distanciamento. Assim, Vanessa e Arthur foram criados pela esposa do falecido avô materno.

Carolina vivia em situação de extrema vulnerabilidade social, tinha baixa escolaridade, trabalhava como garota de programa e apresentava dificuldades para manter moradia fixa. Além de Vanessa e Arthur, teve mais quatro filhos, que moravam com ela. Esses irmãos frequentavam a casa de Marta, e Vanessa relatava, em sessão, dar bastante atenção a eles, cuidar e brincar com eles.

Esse cuidado era ainda mais intenso em relação a Arthur, pois os dois moravam juntos e Vanessa assumia uma postura de proteção em relação ao irmão. Arthur adoecia com frequência e precisou de acompanhamento psicológico por longo período, o que deixava Vanessa bastante preocupada. Ela desempenhava, na escola e dentro de casa, um papel de cuidado e proteção em relação a ele.

A adolescente demonstrava sentir muita raiva da mãe, ao mesmo tempo em que trazia poucas informações sobre ela. Durante as supervisões, levantou-se a hipótese de que Vanessa poderia não falar sobre a mãe por desconhecer muitos aspectos de sua história ou porque evitava entrar em contato com sentimentos ambivalentes relacionados a ela. Seu relato oscilava entre o desejo de ter recebido cuidado materno e a afirmação de indiferença em relação à mãe.

Sobre o pai, Vanessa relatava não vê-lo havia muitos anos. Ele era dependente químico e, quando Carolina deixou Vanessa e Arthur com Marta, também deixou de visitá-los. Durante os atendimentos, Vanessa falava com saudade das poucas lembranças que tinha dele na infância. Dizia que o pai era quem ficava mais tempo em casa com ela e que os dois iam ao parque brincar.

Em determinado momento do acompanhamento, Vanessa mencionou o desejo de retomar contato com o pai, e isso chegou a ocorrer. Na ocasião, ele não fazia mais uso de drogas, havia se casado novamente e frequentava assiduamente uma igreja de religião diferente da qual Vanessa participava. Apesar disso, os dois não chegaram a construir uma relação próxima. Segundo a adolescente, a madrasta tinha ciúmes dela e, quando Vanessa ia visitá-los, o pai passava muito tempo trabalhando, assistindo televisão ou levando-a para sua igreja, momentos que ela não apreciava. Isso contribuiu para que se afastassem novamente.

Por muito tempo, Vanessa também sentiu raiva de Marta. A adolescente culpava a avó por tê-la afastado da mãe, o que contribuiu para uma relação permeada por discussões e violência. Marta era descrita como uma pessoa explosiva, que resolvia conflitos por meio de broncas, xingamentos, gritos e agressões físicas.

Marta trabalhava na portaria de um condomínio localizado em região periférica, marcada por conflitos entre policiais e traficantes. Seu salário frequentemente atrasava, sofria descontos e sua escala de trabalho era noturna. Esse contexto constituía um estressor importante em sua vida e afetava a forma como respondia às demandas dos netos. Considerando a necessidade de apoio e orientação, Marta também foi encaminhada para acompanhamento psicológico pelo projeto, com o objetivo de desenvolver estratégias mais adequadas para lidar com as situações que enfrentava.

Marta era bastante religiosa e participava ativamente da comunidade religiosa que frequentava. Desde criança, Vanessa fazia parte dessa instituição junto com a avó. Com o tempo, tornou-se também muito envolvida nas atividades: participava de grupos, ajudava na organização de eventos, atuava em celebrações e chegou a cogitar seguir uma trajetória dentro da instituição. Vanessa relatava que via os líderes religiosos como pais. Eles eram próximos dos jovens e os convidavam a participar das atividades da instituição. Foi nesse contexto que ocorreram diversas violências contra a adolescente.

A comunidade religiosa como espaço de pertencimento e risco no caso de Vanessa

A comunidade religiosa ocupava um lugar importante na vida de Vanessa. Para além da dimensão da fé, funcionava como espaço de pertencimento, rotina, reconhecimento social e contato com adultos que pareciam oferecer cuidado, orientação e proteção. Considerando sua história de abandono parental, distanciamento afetivo da mãe, saudade do pai e conflitos com a avó, esse contexto tornou-se uma fonte significativa de reforçadores sociais.

Nesse cenário, os líderes religiosos passaram a ocupar função de referência afetiva e moral para Vanessa. A adolescente os descrevia como figuras paternas, pessoas que a aconselhavam, orientavam, cuidavam e ofereciam atenção. Entretanto, justamente por essa posição de autoridade, confiança e proximidade, tais relações passaram a envolver controle, manipulação, sexualização e abuso.

Para garantir o sigilo, os dois líderes religiosos envolvidos serão nomeados como Luís e Theo. Ambos tinham cerca de 37 anos. Vanessa conheceu Luís quando tinha 11 anos. Segundo seus relatos, ele era brincalhão, amigo dos jovens, brincava na rua com eles, dava conselhos, promovia grupos e eventos.

Com esse perfil e diante da proatividade de Vanessa, Luís estreitou os laços com a menina. Queria que ela estivesse em todas as celebrações que ministrava, atribuindo-lhe funções que a mantinham próxima dele. Dizia que queria cuidar dela e ser o pai que ela não teve, sempre dando conselhos sobre o que ela poderia ou não fazer. Tais atitudes aproximaram Vanessa de Luís, fazendo com que ela se sentisse cuidada e valorizada, sem reconhecer, naquele momento, a relação abusiva que já se constituía. Em sessão, a adolescente descrevia esse período como uma fase boa, da qual sentia muita saudade.

Luís foi embora da cidade repentinamente. Quando Vanessa soube da notícia por familiares, passou muito mal, apresentando vômito, diarreia, taquicardia, tremores e falta de ar. A adolescente ficou aproximadamente dois anos sem contato com ele.

Nesse período, relatou sentir muita falta de Luís e afirmou que “lembrava do seu sorriso e sentia saudade”.

Theo, que já ocupava uma função na instituição religiosa, assumiu o lugar de Luís quando ele se mudou. Vanessa contou que Luís e Theo já eram amigos e haviam chegado juntos à comunidade. Theo passou a apresentar postura semelhante à de Luís em relação aos jovens. Em um primeiro momento, Vanessa ficou com raiva, sentindo que Theo tentava ocupar o lugar de Luís. Com o tempo, contudo, relatou ter sentido “muito medo de perder mais uma pessoa” em sua vida. A partir daí, passou a fazer de tudo para manter Theo por perto e agradá-lo. Esse comportamento de “fazer de tudo” pelo afeto do outro é consequência comum da negligência emocional ou afetiva (Garcia & Fornazari, 2024).

Vanessa permanecia bastante tempo na instituição, e ela e Theo começaram a trocar mensagens, que posteriormente evoluíram para chamadas de vídeo. Assistiam a filmes e jogos de futebol virtualmente, trocavam mensagens de madrugada, e Vanessa pedia conselhos e fazia desabaços sobre a falta que sentia dos pais e sobre situações cotidianas.

Em determinado momento, Theo passou a fazer elogios e comentários sobre o corpo da adolescente e sobre o quanto ela havia “crescido”. Vanessa relatou perceber que ele olhava para ela de forma diferente e sentir-se incomodada. Na tentativa de se proteger, dizia repetidamente a Theo que ele era como um pai para ela, buscando fazer com que ele parasse os comentários que a deixavam desconfortável. Com o tempo, porém, relatou que “acabou abaixando a cabeça”, pois não queria “errar com Theo” como acreditava ter errado com Luís, temendo perdê-lo também. Pode-se perceber aqui, que Vanessa acreditava ser culpada pelo afastamento de Luís, outra consequência comum da negligência afetiva, juntamente com outras formas de violência (Garcia & Fornazari, 2024).

Esse aspecto é central para a compreensão do caso: Vanessa passou a relacionar cuidado, obediência, afeto e medo de abandono. Assim, comportamentos de submissão e aceitação de controles aversivos parecem ter sido selecionados em um contexto no qual a perda de vínculos significativos era uma ameaça constante.

Os abusos sofridos

Com o tempo, o desempenho escolar de Vanessa diminuiu. Ela começou a tirar notas baixas e afastou-se dos amigos, pois Theo dizia que menina não podia ter amizade com meninos. A adolescente passou a trocar o dia pela noite, em função das mensagens trocadas com ele. Também deixou de usar vestidos e outras roupas de que gostava, passando a vestir calça jeans e camiseta, porque Theo dizia que ela era “muito bonita” e que os homens não conseguiriam se controlar perto dela.

Em uma sessão, Vanessa relatou um episódio em que estava jogando *bets* na rua e Theo passou de carro pedindo que ela fosse embora. Ela respondeu que queria continuar jogando com os amigos. Theo começou a chorar, disse que estava tentando protegê-la e que se preocupava com ela no meio dos meninos. Diante disso, Vanessa foi embora e sentiu-se culpada por ele ter chorado.

Nas chamadas de vídeo, Theo fazia elogios à adolescente, pedia que mostrasse mais seu corpo e que passasse batom. No aniversário de Theo, em 2020, alguns

meses antes do início da terapia, Vanessa enviou quatro vídeos como “presente”. A partir daí, as chamadas de vídeo tornaram-se mais frequentes, especialmente no período da noite. A adolescente relatou que Theo também mostrava seu corpo e se masturbava durante as chamadas.

Também ocorreram episódios presenciais na casa de Theo. Em certa ocasião, pediram a Vanessa que fosse chamá-lo porque ele estava atrasado para uma celebração. Ao chegar, ela o chamou do portão. Theo pediu que entrasse; Vanessa respondeu que esperaria ali mesmo, mas ele insistiu e ela entrou. Dentro da casa, ele ainda estava de pijama e a cumprimentou com um abraço muito forte. Em relato, Vanessa afirmou que sentiu medo, mas gostou do abraço.

Sentimentos ambíguos eram frequentes na relação entre Vanessa e Theo. Ela relatava medo, raiva e nojo, mas também desejo de estar perto, carinho, saudade, sensação de cuidado e vontade de protegê-lo. Em meio aos relatos de assédio e abuso, falava repetidamente do quanto Luís e Theo a ajudaram a lidar com a falta da mãe e do pai.

As idas à casa de Theo tornaram-se mais frequentes e eram descritas por Vanessa como momentos de muita adrenalina, pois não era permitido frequentar a casa dos líderes religiosos. Nesses encontros, Theo pedia que ela o masturbasse, além de acariciar e beijar seus seios.

Posteriormente, Luís, que já não morava mais na mesma cidade, entrou em contato com Vanessa por celular para saber como ela estava. A adolescente ficou muito contente com esse retorno e eles passaram a conversar com frequência. Com o tempo, Luís começou a dizer que ela estava estranha e insistia em perguntar se havia algo acontecendo. Afirmava sentir-se como pai dela e estar muito preocupado, mas sem saber como ajudá-la por não ter informações.

Vanessa acabou contando a Luís o que estava acontecendo entre ela e Theo. Luís ficou muito bravo e passou a controlar a adolescente, questionando o tempo todo onde ela estava, com quem estava e que roupa usava, sempre justificando suas atitudes como proteção. Pedia que ela mandasse fotos e vídeos dos lugares onde estava e, caso ela não respondesse, ligava. Vanessa também relatou que Theo pedia chamadas de vídeo enquanto ela se trocava, solicitando que ela desse uma volta para que ele pudesse analisar como estava vestida. Assim, o abuso sexual e psicológico passou a ocorrer de forma simultânea pelos dois líderes religiosos.

Vanessa começou a permanecer a maior parte do tempo no quarto, afastou-se dos amigos e da família e teve seu desempenho escolar ainda mais prejudicado. Marta passou a desconfiar desses comportamentos e decidiu pegar o celular da adolescente durante uma festa em sua casa, ocasião em que Vanessa preferiu ficar no quarto mexendo no aparelho. Ao perceber o que estava acontecendo, Marta ficou horrorizada e muito brava, tendo uma reação explosiva e tentando resolver a situação imediatamente. Nesse momento, o que estava acontecendo com Vanessa foi exposto à família que estava presente na casa.

Marta levou a adolescente para realizar uma denúncia, e o processo teve seus desdobramentos. Apenas Theo foi denunciado; ele foi afastado do cargo de líder religioso e transferido de cidade. Luís já não estava mais no país e não sofreu punição. Ao descobrir a denúncia, Luís orientou Vanessa sobre o que falar e não falar a respeito dele, o que a deixou muito confusa. Depois de um tempo, rompeu contato com a

adolescente. Esse foi um período bastante conturbado para Vanessa, que relatava sentir-se culpada e dizia repetidas vezes em sessão que não queria prejudicá-los.

Psicoterapia: Análise funcional e intervenções

Vanessa chegou à psicoterapia extremamente fragilizada e confusa. As primeiras sessões foram direcionadas ao acolhimento, à compreensão do que havia vivenciado e ao levantamento de sua história de vida. A adolescente apresentava dificuldades para se alimentar e dormir, crises de ansiedade, episódios de choro intenso e ideação suicida.

As lembranças surgiam de forma ambígua, geralmente durante a madrugada, quando Vanessa acordava e não conseguia voltar a dormir. Dizia sentir-se estranha e angustiada e relatava tentar dormir agarrada ao travesseiro, pois Theo costumava dizer que ela deveria imaginar que era ele quem estava ali com ela. Nesses momentos, também apresentava episódios que nomeava como “recaídas”, nos quais pensava em Luís e Theo, lembrava de seus sorrisos, perfumes e momentos vividos, e sentia saudade. Relatava sofrer mais com a ausência deles em seu cotidiano do que com os abusos propriamente ditos.

A Figura 1 traz uma representação esquemática das contingências históricas e dos gatilhos associados às crises de ansiedade, à desregulação emocional e a manifestações correlatas apresentadas por Vanessa, bem como de suas possíveis funções imediatas e efeitos de longo prazo.



Figura 1 - Análise funcional molar do caso Vanessa: crises de ansiedade e desregulação emocional

Nota - A figura organiza, de forma acadêmica e ilustrativa, hipóteses funcionais relacionadas ao sofrimento emocional da adolescente, não devendo ser interpretada como formulação diagnóstica conclusiva.

Esse ponto orientou uma das primeiras intervenções realizadas: a psicoeducação e conscientização sobre relações abusivas. Em diversas sessões, a terapeuta acolheu Vanessa e explicou que sentimentos ambivalentes eram comuns diante do que ela havia vivenciado. Descrever e nomear que o abuso não foi apenas sexual, mas também psicológico, foi fundamental para a adolescente. Para isso, a terapeuta analisava cuidadosamente com ela os exemplos trazidos em sessão e utilizou o livro *Mas ele diz que me ama*, de autoria de Penfold (2006), como recurso para facilitar a compreensão de relações abusivas.

Paralelamente, a terapeuta ajudou Vanessa a identificar e nomear sentimentos, que estavam intensos e confusos naquele período, produzindo crises de ansiedade, choro e momentos de ideação suicida. Diante disso, as duas construíram um plano de segurança para tornar o ambiente mais seguro, reconhecer sinais de alerta e buscar estratégias de enfrentamento em momentos de crise.

Outro ponto importante da terapia foi o trabalho com a fé. Vanessa questionava a existência de Deus e, ao mesmo tempo, sentia muita falta da instituição religiosa. Ao romper o contato com Theo e Luís, a adolescente não ficou apenas protegida das situações de abuso, mas também foi privada de muitos reforçadores que faziam parte de sua rotina. Antes, sua vida era bastante organizada em torno das atividades e demandas da comunidade religiosa. Com o afastamento, sentiu-se perdida no dia a dia e com saudade dos amigos que tinha naquele contexto.

Inicialmente, as atividades presenciais estavam suspensas em razão da pandemia da COVID-19. Quando foram retomadas, Vanessa ficou ainda mais triste. Tentou frequentar uma instituição religiosa diferente, mas teve sentimentos aversivos intensos e não conseguiu retomar sua prática de fé dessa forma. A terapeuta orientou que ela restabelecesse contato com a fé gradualmente, primeiro sozinha e depois, se possível, frequentando espaços religiosos. Vanessa oscilava entre querer estar nesses ambientes e sentir muita raiva de todos que os compunham. Assim, foi realizado um trabalho de diferenciação entre religiosidade e espiritualidade, ajudando-a a validar seus sentimentos em relação à religião. Até o final dos atendimentos, entretanto, esse tema ainda era fonte de desconforto.

A compreensão da história de vida de Vanessa também foi parte importante do trabalho terapêutico. Ela sentia muita raiva da mãe e saudade do pai. Era resistente a falar sobre esse assunto, mas frequentemente afirmava que nunca seria igual à mãe e que queria “estudar e trabalhar para ter um futuro melhor”. Esse tipo de fala era importante, considerando seu contexto de vida e as violências vividas; ao mesmo tempo, parecia muito relacionado à aversividade de sua história com a mãe. O tema não foi esgotado em terapia, pois outras questões precisaram ser priorizadas.

Apesar das dificuldades, Vanessa voltou a se dedicar aos estudos e começou a buscar emprego. No início de 2021, passou a frequentar um contraturno em uma escola profissional e social de seu município, voltada para adolescentes. A instituição oferecia atividades culturais, esportivas e de lazer, além de auxílio educacional e assistencial. Vanessa começou aulas de violão e foi encaminhada a uma vaga de menor aprendiz. Também voltou a socializar com pessoas de sua idade.

Nesse novo contexto, surgiram algumas paqueras, o que era difícil para ela. Vanessa não conseguia estar perto de meninos sem camisa e tinha dificuldade em

receber abraços, mesmo de meninos por quem se interessava. O trabalho terapêutico foi direcionado a ajudá-la a compreender essas respostas, identificar sentimentos e desenvolver estratégias de tolerância, de modo que pudesse se abrir às relações respeitando seus limites e vontades. Com o tempo, conseguiu ter breves envolvimento afetivos com pessoas por quem se interessava.

Ao longo dos atendimentos, Vanessa também relatou situações de assédio ocorridas na rua, no ônibus e até com prestadores de serviço que iam à sua casa. Esses relatos levaram a terapeuta a questionar qual padrão de comportamento Vanessa emitia em algumas interações, especialmente com homens. Considerando que foi em relações abusivas que a adolescente se sentiu amada e cuidada, levantou-se a hipótese de que seu padrão de interação poderia colocá-la em risco.

Uma representação esquemática de contingências históricas relacionadas à negligência afetiva e à vulnerabilidade relacional, destacando formas de ocorrência da busca de afeto e validação, suas possíveis funções imediatas e seus efeitos de longo prazo no envolvimento de Vanessa em relações de risco, é demonstrada na Figura 2.

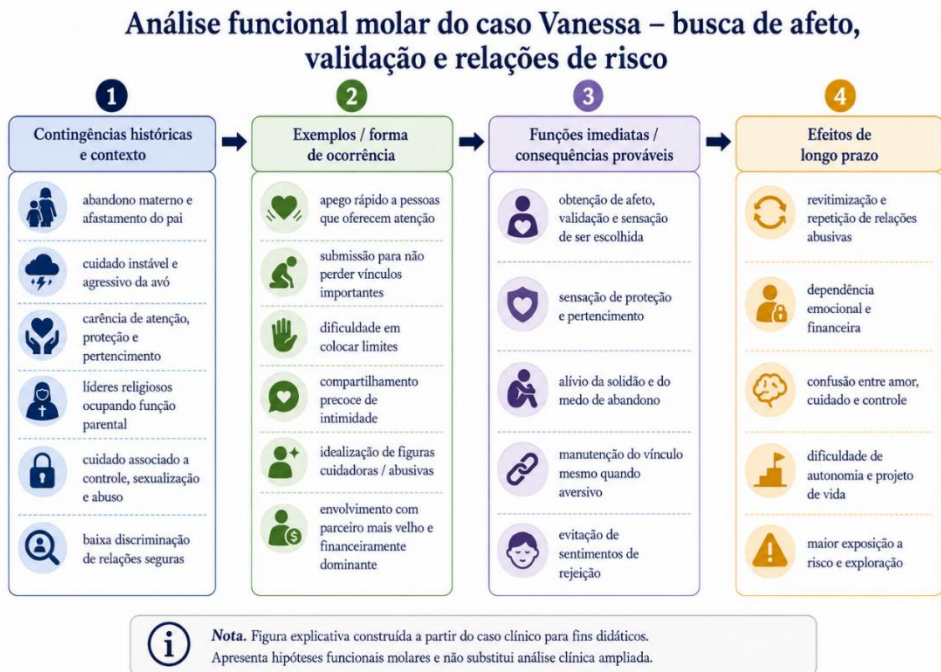


Figura 2 - Análise funcional molar do caso Vanessa: busca de afeto, validação e relações de risco

Nota - A figura foi construída com finalidade didática, a partir da análise do caso clínico, e sintetiza hipóteses funcionais molares sobre padrões de vínculo, cuidado e revitimização.

A terapeuta tentou compreender essa dinâmica e ajudá-la a perceber quando poderia dar abertura nas relações e quando precisaria estabelecer limites. Não foi possível observar grandes avanços nesse tema, pois dependia de autopercepção sutil de Vanessa em relação a olhares, falas e posturas durante interações. Além disso, era

uma discussão delicada, pois a terapeuta tinha receio de que Vanessa compreendesse a análise como culpabilização pelas situações vividas. Ainda assim, essa observação foi importante para a compreensão do caso e da formação de self da adolescente (Hayes et al., 2012; Dalgalarrrondo, 2022).

Na ACT, a formação do self pode ser compreendida a partir de repertórios verbais e relacionais desenvolvidos ao longo da história de interação do indivíduo com sua comunidade verbal. No caso de Vanessa, a formação de self parece ter sido atravessada por histórias de abandono, negligência afetiva e relações abusivas nas quais cuidado, controle e sexualização se apresentavam de forma sobreposta. Assim, descrições como “sou cuidada quando sou desejada”, “preciso agradar para não ser abandonada” ou “não posso perder quem me dá atenção” podem ser compreendidas como partes de um self conceitualizado, construído em contextos relacionais marcados por privação de cuidado e abuso (Hayes et al., 2012; Dalgalarrrondo, 2022). A intervenção clínica, nesse sentido, buscou ampliar a discriminação dos próprios sentimentos, limites e valores, favorecendo maior flexibilidade na relação da adolescente com sua história.

Depois de algum tempo de acompanhamento, Vanessa decidiu retomar contato com o pai. Ele havia procurado a adolescente, relatado estar em novo relacionamento, frequentar uma igreja e não fazer mais uso de drogas. No início, Vanessa ficou receosa, mas aos poucos voltou a frequentar a casa dele. Entretanto, sentiu-se frustrada. Tinha expectativa de que o pai fizesse atividades prazerosas com ela ou conversasse mais, pois esse tipo de interação era o que havia vivido com Theo e Luís e passou a representar cuidado. No entanto, quando se encontravam, o pai costumava assistir televisão, trabalhar ou levá-la à celebração religiosa. Como a religião dele era diferente da que ela frequentava, Vanessa tentou dar uma chance, mas o ambiente continuou aversivo. Com isso, foi diminuindo a frequência das visitas e passou a vê-lo apenas esporadicamente.

A principal rede de apoio de Vanessa era Marta, que também foi acompanhada por outra terapeuta do projeto. Durante o trabalho com Vanessa, foram realizadas sessões de orientação com a avó, bem como sessões conjuntas entre elas, com foco no fortalecimento do vínculo e na comunicação. Marta apresentava comunicação impositiva e agressiva, frequentemente falando em voz alta e usando xingamentos. Trabalhar esses comportamentos exigiu esforço da equipe, com o objetivo de melhorar a interação entre as duas. Contudo, ambas estavam em condições elevadas de estresse, o que dificultava o processo e demandava mais tempo de acompanhamento.

A primeira terapeuta encaminhou o caso pouco tempo após concluir a graduação, e outra colaboradora do projeto deu continuidade ao atendimento. Vanessa e a primeira terapeuta haviam construído um vínculo significativo, que funcionou como rede de apoio importante diante das dificuldades enfrentadas pela adolescente. No momento do encaminhamento, Vanessa estava indo bem na escola, envolvida nas atividades do contraturno e relatava o sonho de fazer uma graduação. Ainda assim, permaneciam dificuldades importantes no relacionamento com a família e com relações amorosas.

Após o encaminhamento, a nova colaboradora não teve dificuldades em estabelecer vínculo com Vanessa, uma vez que a adolescente apresentava respostas frequentes de busca de atenção e afeto, apegando-se com certa facilidade a pessoas que lhe ofereciam cuidado. Esse padrão comportamental, entretanto, também a deixava vulnerável a situações de risco (Garcia & Fornazari, 2024).

Vanessa queixava-se frequentemente de Marta e fazia planos para quando completasse 18 anos, momento em que poderia sair de casa. A relação entre avó e neta continuava marcada por discussões e agressões. Quando Vanessa começou a namorar, Marta quis que ela tomasse anticoncepcional, mas comunicou isso de forma agressiva e autoritária, gerando uma resposta defensiva na adolescente, que afirmou que só tomaria a partir dos 17 anos.

No início desse namoro, Vanessa sentia intenso desconforto quando o namorado tocava sua cintura, afastando-se. Em sessão, descreveu saber que isso acontecia porque esse tipo de toque a fazia se recordar de Theo, que a tocava da mesma maneira. A terapeuta validou essa resposta, explicando que, naquele contexto anterior, o toque havia sido associado à violação e ao abuso. Aos poucos, Vanessa passou a sinalizar ao namorado que o toque a deixava desconfortável; ele passou, então, a pedir permissão para tocá-la, e ela começou a experienciar esse contato de forma mais segura. Apesar disso, o relacionamento terminou algum tempo depois.

Ao longo do acompanhamento, ficou evidente que Vanessa apresentava piora em seu quadro próximo a datas e eventos relacionados às experiências traumáticas. Dificuldades para dormir, falta de apetite, ansiedade, tristeza e sangramento nasal aumentavam quando recebia notícias sobre o processo judicial. O mesmo ocorria no mês de aniversário de Luís e Theo, a cada ano dos acontecimentos e quando uma amiga compartilhava o desejo de seguir trajetória religiosa semelhante. Vanessa desregulava-se emocionalmente nesses períodos, com duração de dias a semanas. A terapeuta explicou que seus sintomas físicos e emocionais eram respostas reais do corpo diante de eventos traumáticos, comuns em pessoas que passaram por situações semelhantes.

As brigas em casa permaneciam constantes, e Vanessa desejava muito sair daquele ambiente. Em uma de suas idas à Clínica Psicológica da UEL, conheceu um homem no ônibus, aqui nomeado como Giovane. No início, mentiu sobre a idade dele, dizendo que tinha 21 anos, embora ele tivesse mais de 30. Quando levou o assunto para a terapia, os dois conversavam havia cerca de um mês, e ficou evidente que Vanessa já estava bastante envolvida emocionalmente.

Vanessa passou a relatar a Giovane os problemas que vivia em casa, e ele chegou a aconselhá-la a se emancipar e morar com ele. A terapeuta propôs uma análise de consequências, com o objetivo de ajudá-la a avaliar as possibilidades disponíveis e as consequências prováveis de cada escolha. A adolescente tinha o desejo de cursar Medicina Veterinária na UEL, ser independente e poder viajar, planos que poderiam ser afetados pelas decisões tomadas naquele momento.

A terapia também teve função de orientação. Vanessa estava muito sob controle dos sentimentos produzidos pela relação com Giovane. A terapeuta pontuou que ela o conhecia havia pouco tempo e que não seria ideal sair de casa para uma situação na qual poderia depender financeiramente dele. Entretanto, Vanessa dizia estar apaixonada e sentir-se muito cuidada por ele, escolhendo viver esse relacionamento.

Ela contou à avó sobre o namoro, que não foi aprovado, principalmente pela diferença de idade. Além disso, Giovane já mantinha relacionamento com uma mulher, com quem tinha uma filha pequena e aguardava o nascimento de seu segundo filho. Outro fator de risco era a relação dele com o pai. Em uma sessão, Vanessa relatou que Giovane tinha problemas com o pai porque ele havia abusado de sua esposa

quando ainda namoravam. Isso preocupou a terapeuta, pois Giovane mantinha contato com o pai, que poderia, conseqüentemente, ter contato com Vanessa.

Por sua vez, Marta proibiu o relacionamento e impediu que Vanessa se encontrasse com Giovane. Em certo dia, ele foi até a casa delas, gerando uma discussão que resultou em agressão física de Marta contra Vanessa do lado de fora da residência. Vanessa e Giovane saíram do local e registraram boletim de ocorrência. A partir desse dia, Giovane passou a se apresentar como responsável legal por Vanessa, embora não fosse. Vanessa iniciou processo legal de emancipação e foi morar com o namorado, sua esposa e sua filha. Estava desempregada e passou a depender financeiramente dele.

A adolescente frequentou apenas mais algumas sessões após esse episódio. Depois, passou a faltar com frequência e dizia depender do dinheiro do namorado para pagar o transporte até a clínica. Algumas semanas depois, enviou mensagem à terapeuta agradecendo pelo tempo em que esteve em atendimento e informando que não daria continuidade ao processo. O caso foi encerrado dessa forma.

Na apresentação de uma visão geral do caso, a Figura 3 traz uma representação esquemática das principais contingências históricas, contextos atuais, demandas comportamentais e emocionais, possíveis funções imediatas e efeitos de longo prazo observados no caso clínico de Vanessa, com base em uma análise funcional molar.



Figura 3 - Análise funcional molar do caso Vanessa: visão geral

Considerando as diferentes violências sofridas por Vanessa, a complexidade do caso e suas consequências, a análise funcional molar permite compreender como variáveis históricas, contextuais e atuais se articularam na constituição de seus repertórios comportamentais.

A violência estrutural esteve presente em diferentes aspectos da história de Vanessa. Seus pais biológicos não conseguiram desempenhar uma função protetiva e garantir condições básicas de cuidado para ela e para o irmão. Marta, ainda que tivesse intenção de proteger e cuidar, também estava inserida em um contexto de vulnerabilidade social, sobrecarga, estresse e pouco repertório para lidar com as demandas emocionais dos netos. Esse cenário parece ter contribuído para a vulnerabilidade afetiva de Vanessa, que se mostrava sensível a qualquer forma de cuidado e atenção, tendo dificuldade em discriminar situações nas quais esses comportamentos estavam associados a controle, manipulação ou abuso (Garcia & Fornazari, 2024).

No contexto religioso, Vanessa encontrou um espaço que inicialmente parecia seguro e acolhedor. Contudo, esse cuidado foi gradualmente associado à sexualização, ao controle e à violência. A forma como ela aprendeu a se sentir cuidada passou a ficar condicionada a relações nas quais havia obediência, vigilância, restrição de comportamentos, controle do corpo, controle das amizades e disponibilidade para demandas afetivas e sexuais de homens adultos em posição de autoridade.

Nesse sentido, sua busca por afeto e validação pode ser compreendida como uma classe de comportamentos historicamente selecionada por experiências de abandono, negligência afetiva e ausência de vínculos parentais consistentes. Quando adultos lhe ofereciam atenção, orientação e reconhecimento, esses estímulos adquiriam alto valor reforçador. Entretanto, no caso de Luís, Theo e, posteriormente, Giovane, tais relações também envolviam risco, desigualdade de poder, controle e violação de limites.

A ambivalência afetiva apresentada por Vanessa é um ponto central da análise. Ela sentia medo, raiva e nojo, mas também saudade, carinho, culpa e vontade de proteger os abusadores. Esses sentimentos não são contraditórios quando analisados funcionalmente: os mesmos adultos que produziam sofrimento também forneciam atenção, cuidado, validação e pertencimento. Assim, a relação abusiva mantinha-se por uma combinação de reforçamento positivo e controle aversivo, o que gerava comportamentos que podem ser nomeados como culpa e medo de perda.

A interrupção do contato com Luís e Theo removeu contingências abusivas, mas também retirou de Vanessa importantes fontes de reforçamento positivo: rotina, pertencimento, reconhecimento, atividade religiosa, contato com pares e contato com figuras que ela nomeava como paternas. Por isso, a ruptura produziu sofrimento intenso, crises de ansiedade, saudade e desorganização emocional. A terapia precisou atuar não apenas na nomeação do abuso, mas também na reconstrução de fontes alternativas de reforçamento, como estudo, contraturno, música, trabalho, amizades e projetos de futuro.

A inserção de Vanessa em uma escola profissional e social representou um ponto importante de proteção. Esse contexto ofereceu atividades culturais, apoio educacional, possibilidade de emprego como menor aprendiz, socialização com pares e construção de projetos de vida. Essas experiências ampliaram seu contato com reforçadores alternativos e com relações menos centradas na sexualização e no controle. Entretanto, tais contextos ainda competiam com contingências familiares

aversivas e com relações afetivas de risco, afinal as violências são multifacetadas e não excludentes.

O relacionamento com Giovane ilustra a persistência de um padrão de vulnerabilidade. Diante das brigas em casa e da ausência de uma rede de apoio estável, a atenção oferecida por um homem adulto, mais velho e aparentemente protetivo, tornou-se altamente reforçadora. Mesmo diante de múltiplos fatores de risco, Vanessa escolheu viver esse relacionamento, saindo de casa e passando a depender financeiramente dele. Esse desfecho indica que a psicoterapia, embora tenha sido fundamental para acolhimento e compreensão do abuso, não conseguiu competir plenamente com as contingências estruturais, familiares e afetivas que mantinham a adolescente em situação de vulnerabilidade.

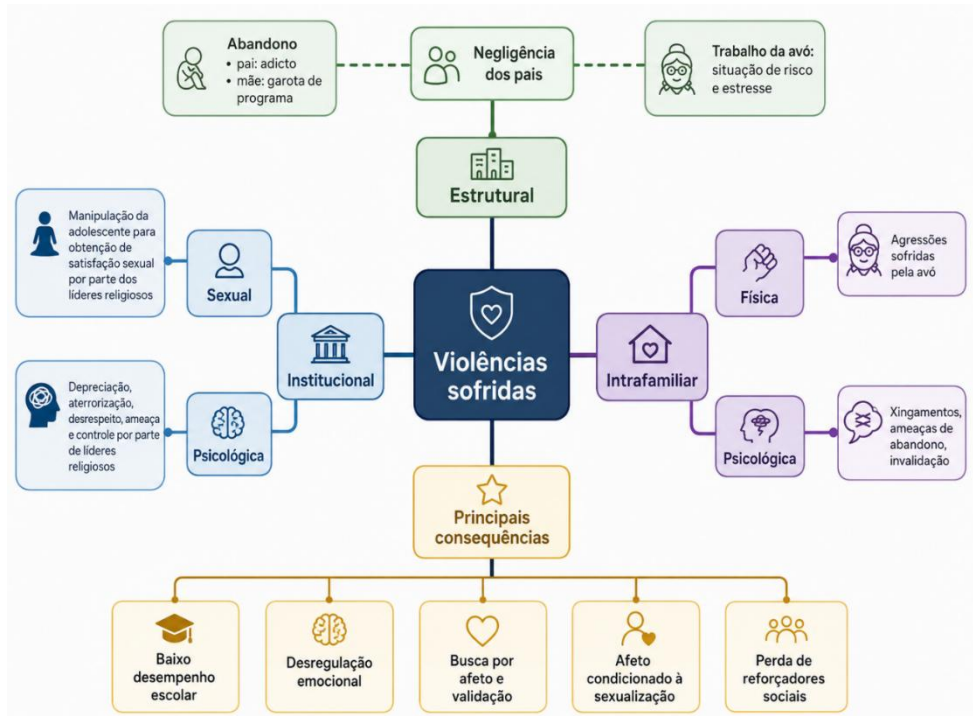


Figura 4 - Mapa visual das violências sofridas por Vanessa e suas principais consequências.

Nota - A figura sintetiza as relações entre violência estrutural, institucional/religiosa, intrafamiliar e suas consequências no repertório de Vanessa, incluindo vulnerabilidade afetiva, busca por cuidado e validação, sexualização das relações de afeto, sofrimento psicológico e exposição a novas situações de risco.

Considerações finais

O caso de Vanessa ilustra a vulnerabilidade e a complexidade dos atendimentos que chegam ao projeto. O entrelaçamento de contingências estruturais e ontogenéticas demonstra que o trabalho clínico precisa estar socialmente comprometido para

oferecer ao paciente e à família uma rede de apoio adequada. Ainda assim, torna-se evidente que o trabalho clínico, por si só, não é suficiente para responder à complexidade das demandas estruturais.

Há uma necessidade intrínseca de articulação com diferentes áreas do conhecimento e com políticas públicas que assegurem continuidade e abrangência do cuidado. No caso de Vanessa, a terapia foi essencial para acolher a adolescente, ajudá-la a compreender os acontecimentos vividos, nomear o abuso sexual e psicológico, construir estratégias de segurança e ampliar fontes alternativas de reforçamento. No entanto, o atendimento psicológico não conseguiu, sozinho, modificar as condições estruturais de vulnerabilidade, conflito familiar, dependência afetiva e ausência de rede protetiva consistente.

Para Vanessa, conhecer a UEL despertou o interesse em continuar os estudos; frequentar o contraturno possibilitou contato com pares da mesma idade, acesso a atividades culturais, como aulas de violão, e experiências voltadas à inserção no mercado de trabalho. Esses elementos funcionaram como importantes fatores de proteção e indicam que o cuidado em saúde mental precisa ultrapassar o consultório, envolvendo escola, assistência social, cultura, trabalho, projetos de futuro e construção de redes de pertencimento.

Conclui-se que a articulação entre clínica e compromisso social, buscada pelo projeto, potencializa não apenas a efetividade das intervenções, mas também a redução de desigualdades e processos de transformação coletiva. O caso Vanessa evidencia que, quando o cuidado é historicamente associado a controle, sexualização e violência, é necessário construir, de forma gradual e sustentada, novas experiências de vínculo, proteção, autonomia e pertencimento.

Referências

- Dalgalarrondo, G. J. de M. (2022). *Self-cómo-contexto: Categorização do uso do termo na literatura da Acceptance and Commitment Therapy (ACT) e da Relational Frame Theory (RFT)* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Repositório da Produção USP.
<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-31052022-170930/>
- Garcia, M. E. F., & Fornazari, S. A. (2024). Negligência como variável relevante no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na infância: Revisão de literatura. In J. C. Luzia, S. C. Murari, S. R. de Souza, & V. B. Haydu (Orgs.), *Psicologia e análise do comportamento: Aplicações à educação e saúde* (pp. 85–96). Ed. dos Autores.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.

Penfold, R. B. (2006). *Mas ele diz que me ama: A graphic novel de uma relação violenta*. Ediouro.

CAPÍTULO 8

POR FIM...

Silvia Aparecida Fornazari

A presente obra reuniu reflexões teóricas, dados de extensão universitária e estudos clínicos com o objetivo de discutir a interface entre Análise do Comportamento, Psicologia, Psiquiatria e redes de cuidado no atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento psicológico. Ao longo dos capítulos, buscou-se evidenciar que os transtornos psiquiátricos na infância e adolescência não podem ser compreendidos como fenômenos isolados, exclusivamente individuais ou descolados das histórias de vida. Ao contrário, eles se constituem e se expressam em relações complexas entre repertórios comportamentais, contingências familiares, vulnerabilidades sociais, experiências de violência, práticas culturais e possibilidades — ou limitações — de acesso ao cuidado.

O programa de extensão apresentado neste volume mostrou que a clínica com crianças, adolescentes e famílias ultrapassa a lógica de atendimento pontual. Trata-se de um campo de formação, cuidado, pesquisa e compromisso social, no qual os casos chegam marcados por múltiplas determinações: baixa adesão ao tratamento, sofrimento psicológico intenso, dificuldades socioeconômicas, conflitos familiares, violências repetidas e fragilidade das redes de proteção. Nesse contexto, a articulação entre Psicologia e Psiquiatria mostrou-se fundamental, não como simples soma de práticas, mas como possibilidade de ampliar a compreensão dos casos e construir intervenções mais coerentes com a complexidade da vida concreta das famílias atendidas.

Os capítulos dedicados às violências, à rede de cuidado e aos casos clínicos permitiram observar que muitos comportamentos nomeados como sintomas podem ser compreendidos, também, como repertórios desenvolvidos em histórias marcadas por ameaça, coerção, negligência, abandono, privação afetiva, imprevisibilidade e ausência de proteção.

Agressividade, esquiva, autolesão, crises de ansiedade, comportamentos sexualizados, oposição, retraimento, busca intensa por validação ou dificuldade de estabelecer vínculos seguros não surgem no vazio. São respostas que se organizam em contextos específicos, produzem consequências e, muitas vezes, foram selecionadas porque, em algum momento, permitiram fugir, evitar, obter atenção, reduzir ameaça, acessar cuidado ou sobreviver psicologicamente a ambientes profundamente aversivos.

Essa compreensão não elimina a importância dos diagnósticos psiquiátricos. Os nomes dos transtornos têm função clínica, comunicacional, institucional e terapêutica. Podem orientar encaminhamentos, favorecer acesso a tratamento, organizar condutas interprofissionais e permitir diálogo entre diferentes áreas do conhecimento. No entanto, pela Análise do Comportamento, tais nomes não devem ser tomados como

explicações últimas do comportamento. Dizer que uma criança “tem” determinado transtorno não explica, por si só, por que ela se comporta de determinada maneira, em quais contextos seus comportamentos ocorrem, que consequências os mantêm, que repertórios estão ausentes e que condições ambientais precisam ser modificadas. Essa posição é coerente com a crítica analítico-comportamental às explicações internalistas do comportamento e com a defesa de uma análise voltada às relações entre organismo e ambiente, história de aprendizagem e contingências atuais (Skinner, 1974/2006, 1989/1995; Baum, 2019).

Nesse sentido, os transtornos psiquiátricos podem ser compreendidos como categorias que nomeiam conjuntos de respostas, padrões comportamentais, excessos, déficits e formas de interação que adquiriram relevância clínica. São rótulos descritivos úteis, mas não substituem a análise funcional. A literatura analítico-comportamental sobre psicopatologia tem indicado que comportamentos chamados de “anormais” ou “psicopatológicos” podem ser analisados pelos mesmos princípios que orientam a compreensão dos demais comportamentos humanos, considerando-se sua frequência, intensidade, contexto de ocorrência, consequências produzidas e prejuízos associados (Ullmann & Krasner, 1969; Gongora, 2003; Costa et al., 2018).

O diagnóstico pode dizer algo sobre a topografia de determinados comportamentos e sobre critérios compartilhados em manuais classificatórios; a análise funcional, por sua vez, busca compreender a função desses comportamentos na história singular de cada pessoa. É nessa diferença que reside uma contribuição central da Análise do Comportamento para o campo da saúde mental: deslocar a pergunta de “qual transtorno essa criança apresenta?” para “em que condições esse repertório foi desenvolvido, que consequências o mantêm e que mudanças podem favorecer repertórios mais saudáveis?”. A análise funcional permite, assim, identificar relações entre antecedentes, respostas e consequências, bem como compreender como determinados repertórios foram selecionados, mantidos ou enfraquecidos ao longo da história de vida e nas contingências atuais (Matos, 1999; Meyer, 2003; Neno, 2003).

Essa mudança de pergunta é ética e clínica. Ética, porque impede que crianças, adolescentes e famílias sejam reduzidos a diagnósticos, sintomas ou prontuários. Clínica, porque amplia as possibilidades de intervenção. Quando se compreende que comportamentos foram selecionados em contextos específicos, torna-se possível planejar mudanças nas contingências, fortalecer vínculos, ensinar repertórios alternativos, reduzir práticas coercitivas, ampliar fontes de reforçamento positivo, orientar cuidadores e articular redes de proteção. Assim, a clínica deixa de operar apenas sobre o indivíduo e passa a considerar as relações que constituem e mantêm o sofrimento.

Os casos apresentados neste volume evidenciam que cuidar de crianças e adolescentes em sofrimento psicológico implica, muitas vezes, cuidar também dos adultos que os cercam, das práticas familiares que os constituem, das instituições que os atendem e das redes que deveriam protegê-los. Implica reconhecer que a violência não é apenas um evento passado, mas pode permanecer ativa nas formas de interação, nas ausências de cuidado, nos silêncios, nas ameaças, nas rupturas de vínculo e nas dificuldades de confiar em relações que se apresentam como protetivas. Implica, ainda, sustentar a difícil posição de explicar sem justificar: compreender as histórias que produziram determinados repertórios sem transformar a violência, a negligência ou o abuso em algo aceitável.

Este primeiro volume, portanto, não se encerra como conclusão definitiva. Ele prepara o terreno para o segundo volume, no qual serão discutidos casos clínicos relacionados a transtornos psiquiátricos específicos. A proposta, contudo, não será apenas apresentar categorias diagnósticas, mas analisar como determinados repertórios, nomeados em manuais classificatórios como transtornos do humor, transtornos do neurodesenvolvimento, transtornos de personalidade, transtornos relacionados ao trauma, ansiedade, depressão, transtornos alimentares ou outros quadros clínicos, podem ser compreendidos em articulação com histórias de vida, contingências ambientais, relações familiares, condições sociais e possibilidades de cuidado.

Ao final deste percurso, reafirma-se que a atenção à infância e à adolescência em sofrimento psicológico precisa ser ética, interprofissional, contextualizada e socialmente comprometida. A *Análise do Comportamento* contribui ao oferecer instrumentos conceituais para compreender o sofrimento em relação às contingências que o produzem e mantêm. A *Psiquiatria* contribui ao nomear, avaliar e tratar condições clínicas que, muitas vezes, exigem acompanhamento médico e farmacológico. A rede de cuidado contribui ao sustentar aquilo que a clínica, sozinha, não pode garantir. E as famílias, quando acolhidas, orientadas e protegidas, podem tornar-se parte fundamental da transformação das contingências que atravessam o desenvolvimento infantil e adolescente.

Que esta obra contribua para formar profissionais capazes de olhar para além dos rótulos diagnósticos, sem desprezá-los; capazes de escutar histórias sem reduzi-las a sintomas; capazes de reconhecer a violência sem naturalizá-la; e capazes de construir práticas de cuidado que articulem ciência, sensibilidade e responsabilidade social. Porque, diante de crianças e adolescentes em sofrimento, não basta perguntar que transtorno apresentam. É preciso perguntar que histórias viveram, que relações os constituíram, que ambientes os mantêm em sofrimento e que novas contingências podem ser construídas para que outros repertórios de vida se tornem possíveis.

Referências

- Baum, W. M. (2019). *Compreender o behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução* (D. Bueno, Trad.; 3ª ed.). Artmed.
- Costa, R. S. da, Soares, M. R. Z., & Grossi, R. (2018). Reflexões a partir da prática clínica analítico-comportamental: Interface entre Psicologia e Psiquiatria. In D. R. dos Santos & R. Grossi (Orgs.), *Terapia analítico-comportamental: Estudos de casos e assuntos correlatos* (pp. 31–44). Universidade Estadual de Londrina.
- Gongora, M. A. N. (2003). Noção de psicopatologia na análise do comportamento. In C. E. Costa, J. C. Luzia, & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 93–108). ESETec.

Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 8–18. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X1999000300002>

Meyer, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. In C. E. Costa, J. C. Luzia, & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 75–91). ESETec.

Neno, S. (2003). Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 151–165.

Skinner, B. F. (2006). *Sobre o behaviorismo* (M. da P. Villalobos, Trad.; 10ª ed.). Cultrix. (Trabalho original publicado em 1974).

Skinner, B. F. (1995). *Questões recentes na análise comportamental* (A. L. Neri, Trad.; 2ª ed.). Papirus. (Trabalho original publicado em 1989).

Ullmann, L. P., & Krasner, L. (1969). *A psychological approach to abnormal behavior*. Prentice-Hall.