

A NOÇÃO DE AFETO NA GESTALT-TERAPIA: QUANDO CORPO E AFETO SE ENCONTRAM NA CLÍNICA

The notion of affection in Gestalt-therapy: when body and affection meet in the clinic

La noción de afecto en la terapia Gestalt: cuando el cuerpo y el afecto se encuentran en la clínica

ESMAEL ALVES DE OLIVEIRA
DIONATANS GODOY QUINHONES

Clínica, pois, é o cuidar desse ser-sofrente, sendo esse cuidado uma atitude de estar-com – ou um ser-com (Mitsein), que é um “se-aí-com” ou Mit-da-Sein, como designa a tradição fenomenológica –, como um acompanhante, um ajudador, um leitor, um intérprete, um acolhimento, ou simplesmente um gesto de confirmação, em relação a esse sujeito existente” (Adriano Holanda)

Resumo: Este artigo aborda a noção de afeto na Gestalt-terapia. Esta, criada por Fritz Perls, Laura Perls e Paul Goodman na década de 1950, enfatiza a importância de vivenciar o momento presente e desenvolver a consciência de si mesmo e das emoções. Tal processo não está desimplicado de uma dimensão relacional que passa pela noção de afeto. Assim, compreendemos que este é uma parte fundamental da experiência humana e desempenha um papel crucial na Gestalt-terapia. Através de uma discussão de caráter bibliográfico, à luz de teóricos da fenomenologia e da Gestalt-terapia bem como de nossa experiência com estágio clínico supervisionado em um Laboratório Serviço de Psicologia Aplicada de uma universidade pública, buscamos evidenciar de que maneira afeto e corpo se tornam centrais não apenas para a clínica gestáltica mas também, sobretudo, para um processo de formação terapêutica mais humanizado e eticamente comprometido.

Palavras-chave: Gestalt-Terapia; Afeto; Corpo; Clínica

Abstract: This article addresses the notion of affect in Gestalt therapy. This, created by Fritz Perls, Laura Perls and Paul Goodman in the 1950s, emphasizes the importance of experiencing the present moment and developing awareness of oneself and emotions. This process is not free from a relational dimension that involves the notion of affection. Thus, we understand that this is a fundamental part of the human experience and plays a crucial role in Gestalt therapy. Through a bibliographical discussion, in the light of phenomenology and Gestalt therapy theorists as well as our experience with a supervised clinical internship in an Applied Psychology Service Laboratory of a public university, we seek to highlight how affect and body become central not only for the Gestalt clinic but also, above all, for a more humanized and ethically committed therapeutic training process.

Keywords: Gestalt-Therapy; Affection; Body; Clinic

Resumen: Este artículo aborda la noción de afecto en la terapia Gestalt. Este, creado por Fritz Perls, Laura Perls y Paul Goodman en la década de 1950, enfatiza la importancia de experimentar el momento presente y desarrollar la conciencia de uno mismo y de las emociones. Este proceso no está exento de una dimensión relacional que involucra la noción de afecto. Así, entendemos que esta es una parte fundamental de la experiencia humana y juega un papel crucial en la terapia Gestalt. A través de una discusión bibliográfica, a la luz de los teóricos de la fenomenología y la terapia Gestalt, así como de nuestra experiencia con una pasantía clínica supervisada en un Laboratorio del Servicio de Psicología Aplicada de una universidad pública, buscamos resaltar cómo el afecto y el cuerpo se vuelven centrales no sólo para la Gestalt. clínica sino también, sobre todo, por un proceso de formación terapéutica más humanizado y éticamente comprometido.

Palabras clave: Terapia Gestalt; Afecto; Cuerpo; Clínica

O exercício da psicoterapia, em grande medida, ainda reproduz uma compreensão de clínica baseada na identificação e no tratamento de sintomas. Esse modelo se fundamenta em uma tradição médica que expressa uma lógica moderna de apego à racionalidade e ao fato. A tradição moderna divide a experiência humana em dois polos equidistantes e hierarquicamente ordenados: o binarismo sujeito e objeto. A tarefa do sujeito é compreender, analisar e definir o objeto. Por analogia, esse binômio pode ser aplicado a diferentes dimensões, mantendo a mesma dinâmica de funcionamento, por exemplo, psiquismo e corporeidade, em que as funções psíquicas superiores (memória, cognição, juízo e aprendizagem) ganham relevância em detrimento do corpo e de suas afetações.

O desdobramento disso para a psicoterapia é a ênfase nas funções cognitivas, na capacidade judicativa, na livre associação e na oralidade. Dutra (2004) vai propor que esse modelo fundamenta as chamadas “clínicas tradicionais”, que produziram uma interpretação da experiência a partir da dimensão intrapsíquica, segregando a pessoa de seu contexto social e histórico. Em oposição, foram sendo desenvolvidas as chamadas “clínicas emergentes”, que propuseram a retomada da dimensão social e histórica da experiência das pessoas.

Os dois modelos tematizados por Dutra (2004) não problematizaram a dimensão da corporeidade e, por conseguinte, a vida afetiva tacitamente foi deslocada para uma posição secundária ou, pior, apagada do bojo das discussões em torno do fazer psicoterápico ou terapêutico. A esse respeito, Favret-Saada (2005), que nos auxilia em nossa busca de construção de uma antropologia das terapias, identifica que o afeto não recebe o devido destaque na literatura, sendo compreendido como mero produto cultural ou relegado ao apagamento por meio das representações. A partir da perspectiva da autora, pode-se afirmar que a eficácia terapêutica sustenta-se no trabalho com afetos não tematizados, ideia central deste artigo.

Portanto, recolocar a questão do corpo, da vida afetiva, do não verbal no centro das questões em torno da psicoterapia configura-se no que de mais “emergente” se pode propor no trabalho clínico. Isso porque a compreensão de afeto com a qual se trabalha neste texto se assemelha com o conceito grego de *Pathós*. A dimensão *páthica* é o que de mais originário se pode encontrar na imersão da pessoa no mundo (Heidegger, 1989), muito anterior a qualquer cognição, sintoma ou patologia. Merleau-Ponty (1945/2018) vai chamar isso de “contato ingênuo”, em que os afetos, por meio da dimensão perceptivo-intencional do corpo, produzem uma vinculação da pessoa com o mundo e com as vivências que aí são produzidas.

Braga (2023) estimula a aproximação entre a Filosofia e a práxis psicoterápica como uma

estratégia de qualificar e dar maior rigor ao exercício da psicoterapia. Pode-se acrescentar que essa proposta se faz mais urgente junto àquelas práticas que historicamente deram mais ênfase ao caráter experiencial do que ao teórico, como é o caso da Gestalt-terapia.

Por um lado, não se deve transpor diretamente conceitos da Filosofia para o terreno da prática clínica, sob risco de incorrer em um problema epistemológico ou em uma atitude apressada que, em vez de dar profundidade ao tema, produziria um amontoado de afirmações descontextualizadas. Por outro lado, as reflexões filosóficas são um terreno fértil para provocar a Ciência na direção de uma autocrítica e de um refinamento de seus pressupostos (Braga, 2023). Logo, aproximar a leitura filosófica sobre os afetos do terreno da psicoterapia seria uma boa estratégia de refinamento conceitual. Para tematizar isso, tomar-se-á da tradição da Gestalt-terapia os elementos necessários para discutir o lugar do afeto e do corpo na psicoterapia e, também, como desdobramento necessário, na formação de novos psicoterapeutas.

O que sustenta essa aproximação é a tese já aceita e retomada por Ribeiro (2022) de que a Gestalt-terapia não nasce pronta, é um projeto inacabado e em constante retomada, no qual cabe aos seus praticantes a tarefa de desenvolver ou aprofundar questões teóricas que permaneceram inacabadas. No âmbito dos afetos, Perls (1977) anuncia que o principal instrumento de trabalho de um Gestalt-terapeuta é o seu corpo. Isso evidencia que a formação e a atuação de um psicoterapeuta gestáltico não se reduzem à aprendizagem e à operacionalização de teorias e de técnicas; passa, antes, pelo desenvolvimento do próprio estilo, amparado pelas características e pelo desenvolvimento pessoal. Então, elucidar o que é o afeto e qual o seu lugar nessa terapia é tarefa imprescindível e foco de reflexão deste artigo. Para fins de organização do pensamento, o texto está dividido em três seções: na primeira, desdobramos a noção de afeto na Gestalt-terapia. Na segunda, a partir da apresentação e análise de dois casos clínicos problematizamos o papel do afeto e o lugar do corpo no processo psicoterapêutico. Por fim, na terceira e última seção, ressaltamos o quanto afeto e corpo se tornam centrais não apenas para a clínica gestáltica mas também, sobretudo, para um processo de formação terapêutica mais humanizado e eticamente comprometido.

A noção de afeto na Gestalt-terapia

A Gestalt-terapia, criada por Fritz Perls, Laura Perls e Paul Goodman na década de 1950, é uma abordagem terapêutica que prioriza a experiência presente e a percepção de si e do mundo. Nessa perspectiva, o afeto desempenha um papel fundamental na compreensão e na expressão da experiência humana, sendo considerado um aspecto integral do processo

terapêutico (Woldt & Toman, 2005).

Enquanto abordagem que tem sua base filosófica constituída pela fenomenologia, pelo humanismo e pelo existencialismo (Ribeiro, 2022), busca promover o autoconhecimento e a confiança, permitindo que o indivíduo explore suas experiências de forma aberta e sem julgamento (Perls et. al, 1951/1997). A terapia gestáltica enfatiza a importância de vivenciar o momento presente e desenvolve a consciência de si mesmo e das emoções levando em consideração a centralidade de nossa experiência corporal. Nesse contexto, as noções de afeto e corpo tornam-se fundamentais para uma compreensão contextualizada e ampliada dos indivíduos e de seus processos de sofrimento e adoecimento (Holanda, 2014). Na contramão das perspectivas cartesianas, cujo pressuposto é a separação incontornável entre mente e corpo, os fundadores da Gestalt-terapia, desde a estruturação da abordagem, defenderam a proposta de que a pessoa (em suas dimensões corporal, espiritual, criativa, intuitiva) é parte do ambiente e que o contato (afeto) é uma necessidade básica para seu pleno crescimento.

Afeto é um termo costumeiramente utilizado para descrever a experiência subjetiva de emoções e sentimentos, incluindo o modo como são expressos e vivenciados (Yontef & Jacobs, 2005). Na Gestalt-terapia, é considerado uma parte integrante da experiência humana e compreendido de forma holística, levando em consideração os aspectos cognitivos, emocionais, físicos e espirituais do indivíduo (Ribeiro, 2010).

Nesse sentido, ele tem uma função importante na Gestalt-terapia, servindo de indicador da qualidade do contato entre o organismo e o ambiente. Se um organismo está em contato saudável com o ambiente, ele experimentará afetos positivos, por exemplo, alegria, amor, prazer e satisfação. Se o contato for disfuncional ou interrompido, os negativos, como medo, tristeza, raiva e desespero, podem emergir (Muller-Granzotto & Muller-Granzotto, 2012).

Os afetos também fornecem informações importantes sobre a história pessoal e os padrões de relacionamento de um indivíduo, pois refletem a forma como uma pessoa aprendeu a se relacionar com o mundo e consigo mesma e como ela é afetada pelas experiências de vida. Na terapia, eles são usados como um guia para compreender a história do paciente e identificar padrões de comportamento disfuncionais.

Ao longo da história da Gestalt-terapia (Ribeiro, 2016), é possível observar de que maneira a influência da fenomenologia husserliana (fenômenos da consciência), do existencialismo (liberdade e projeto), do humanismo (autorrealização), da psicologia da Gestalt (configuração, forma, figura), da Teoria de Campo de Kurt Lewin (espaço vital) e da Teoria Organísmica de Kurt Goldstein

(homeostase) foi fundamental para a compreensão do lugar central que o corpo e os afetos ocupam na psicoterapia. Abaixo destacamos de que modo estes últimos vão atravessando e compondo os principais pressupostos da clínica gestáltica:

Afeto e a teoria do campo: A teoria do campo (Lewin, 1965) é uma perspectiva teórica que fundamenta a Gestalt-terapia, propondo que a experiência humana é composta por campos inter-relacionados, envolvendo o ambiente, as relações e o indivíduo. O afeto é um aspecto essencial dessa dinâmica, pois possibilita a emergência de atravessamentos que conectam as diferentes instâncias dos campos onde a experiência se desenvolve. Assim, uma pessoa pode querer abordar um determinado assunto com seu chefe, amigo ou companheira, mas “sente” que, por algum motivo ainda indefinido, não é o melhor momento para introduzir o tema na conversa. Aqui, a interação entre indivíduo, intersubjetividade (relação) e meio gera uma certa inibição.

Afeto e awareness: A *awareness* (consciência perceptiva) é, na Gestalt-terapia, um conceito central, que se refere à capacidade do indivíduo de estar consciente de suas próprias experiências, de seu corpo, de seu excitamento, de suas afetações e emoções. O afeto é a bússola da experiência. O modo como são sentidos o campo e suas demandas e o confronto disto com o próprio corpo permitem que os indivíduos se conectem com suas experiências internas e compreendam suas necessidades e desejos. No exercício clínico, diz-se que o terapeuta precisa identificar de que maneira está sendo convocado a participar da criação do seu paciente (Muller-Granzotto & Muller-Granzotto, 2012). Isso só é possível se ele verifica como está sendo afetado pelo conteúdo da narrativa, pelo tom da voz, pela postura corporal do paciente ou pela expressão facial, entre outras possibilidades. Ao mesmo tempo, também pode ajudar o paciente a identificar de que forma está se afetando pelo conteúdo da própria narrativa, pela postura do terapeuta ou pelo ambiente, o que viabiliza a emergência de novos conteúdos ou de uma nova consciência.

Afeto e o “aqui e agora”: A Gestalt-terapia enfatiza a importância do “aqui e agora”, concentrando-se na experiência presente do indivíduo. O afeto é uma parte crucial, uma vez que a vivência imediata da experiência humana permite vislumbrar “o que” e o “como” daquilo que mobiliza o corpo em uma determinada direção. Ao concentrá-lo no presente, a Gestalt-terapia permite que os indivíduos compreendam suas produções e as integrem em seu processo de autoconhecimento e autossuporte.

Afeto e o processo terapêutico: No processo terapêutico da Gestalt-terapia, o afeto é explorado através dos gestos, da textura da voz, da emergência de uma mobilização afetiva espontânea (lacrimejo, rubor na face, agitação motora etc.) e da expressão

emocional, enquanto expressão linguística do afeto imediato, do contato e da compreensão das necessidades subjacentes. A terapia pode incluir algumas técnicas, por exemplo, dramatização, role-play e exercícios de consciência corporal, para ajudar os indivíduos a se conectarem com produções afetivas e emocionais (Martín, 2008).

É importante que se diga que a literatura da Gestalt-terapia não produziu uma distinção significativa entre afeto, emoção e sentimento. O primeiro é comumente utilizado para se referir a um conjunto de emoções, sentimentos e sensações corporais que se manifestam em relação ao campo existencial do organismo/ambiente (Rodrigues, 2004). Essa definição se deve à vinculação da abordagem ao movimento de contracultura americano, que, em síntese, colocava mais ênfase nos aspectos experienciais do que nos acadêmicos. No trabalho de desenvolvimento de sua obra, principalmente na Costa Oeste dos Estados Unidos (Helou, 2015), Fritz Perls desenvolveu um estilo mais experiencial, aberto e menos acadêmico, em consonância com o *Zeitgeist* de sua época, o que, em certa medida, explica o pouco desenvolvimento teórico de alguns pontos da Gestalt-terapia. Porém, pode-se dizer que o afeto já estava tematizado na fundação da abordagem, principalmente no conceito de *awareness*, conforme se verá adiante.

Depraz (1999), citada por Rocha & Kastrup (2005), recupera a etimologia da palavra “afeto”, que vem do latim *affectio*. Esse termo dá origem às palavras “afeto” (*Affectus*) e “afecção” (*Affectio*). Enquanto esta se relaciona ao que é da ordem da facticidade, ou seja, ao que se impõe à experiência, aquela costuma ser associada à emoção e aos sentimentos representados, tais como amor e ódio. No entanto, afecção e afeto são correlatos e não podem ser compreendidos separadamente. Assim, afetar-se, afetar, atravessar (no jargão gestáltico) e sentir correspondem à afecção, ou seja, consistem naquilo que se doa espontaneamente à passividade do corpo perante o mundo, que atravessa o sentir sem necessariamente ser expresso na forma de um sentimento ou emoção, sendo posterior ao afetar-se.

Perls, et al. (1951/1997) tratam do afetar-se e do afetar quando descrevem o sistema *Awareness*: “a *awareness* se caracteriza pelo contato, pelo sentir (sensação/percepção), pelo excitação e pela formação da *gestalten*”. Seguindo a noção de afecção, a dimensão do sentir do sistema *awareness* corresponde ao que estamos tematizando como “afeto”. Não que contato, excitação e *gestalten* também não estejam alinhados com afecção, mas, por limitação de espaço, escolheu-se dar maior ênfase à dimensão do sentir, ficando as outras disponíveis para análises futuras.

Sobre a correlação entre o sentir do sistema *awareness* e o afeto como este está sendo proposto aqui, Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2012)

colaboram para essa compreensão ao elucidarem que Perls et al. (1951/1997) não vinculam o sentir a um processo fisiológico ou psíquico de recepção e registro (ou representação!), mas salvaguardam ao sentir uma fluidez de “emancipação e retomada” da história impessoal. Essa ideia significa dizer que a sensibilidade (o sentir) é a própria passividade de cada um ante sua própria história impessoal. Assim, no aqui-agora da experiência, uma ocorrência material atual evoca espontaneamente um correlato inatual de passado, enquanto significação, ou de futuro, enquanto possibilidade, o que é chamado de emergência do afeto (*Affectio*) ou atravessamento. Tal dinâmica é fundamental para a produção da *awareness* e pode, por sua vez, reorientar todo o processo terapêutico.

Para Merleau-Ponty, um dos principais representantes da fenomenologia pós-husserliana, cujos pressupostos também inspiraram os fundadores da Gestalt-terapia, a percepção é uma atividade criada e intersubjetiva, e o afeto é um elemento central nesse processo. Segundo Merleau-Ponty, ele não é uma mera reação passiva a estímulos externos; ao contrário, é uma experiência ativa e significativa que dá forma à nossa percepção e compreensão do mundo (Merleau-Ponty, 1964/1992). Portanto, desempenha um papel fundamental na constituição do sentido e na estruturação de nossas experiências perceptivas (Carman, 2008).

Merleau-Ponty (1964/1992) argumenta que nossas relações com os outros são mediadas pela percepção e pelo afeto e que a intersubjetividade é uma dimensão constitutiva de nossa experiência no mundo. Nesse sentido, o afeto exerce um papel crucial na formação de nossa identidade e na compreensão de nossa relação com os outros (Silva, 2014).

A fenomenologia de Merleau-Ponty lança luzes sobre a importância desse aspecto enquanto dimensão originária do contato com o mundo. Sem transposições, mas aproximações, quando a fenomenologia do ato perceptivo é aproximada da teoria da *Awareness* da Gestalt-terapia e, mais especificamente, da dimensão do sentir, nota-se a potência dessa compreensão para configurar uma prática clínica totalmente pautada pelo afeto e pelo afetar e afetar-se. Isso não torna o exercício da clínica um “achismo experiencial”, mas sim uma ação de rigor pautada por uma epistemologia não cartesiana e não positivista, porém fenomenológica.

O papel do afeto e o lugar do corpo no processo terapêutico

Na Gestalt-terapia, o afeto é visto como um aspecto importante da experiência que pode ser explorado para promover a consciência e a integração (Yontef, 1998). Conforme Ribeiro (2010), o terapeuta pode trabalhar com esse sentimento do paciente

tanto por meio da vivência e do acolhimento do afeto presente quanto por meio do trabalho com polaridades.

Com relação à vivência do afeto presente, recomenda-se que o terapeuta encoraje o paciente a entrar em contato com suas sensações, emoções e sentimentos no momento presente, ajudando-o a desenvolver a consciência de como o afeto é vivenciado, expresso (Ribeiro, 2010) e, ainda, significado. Isso pode envolver a compreensão de sua forma de manifestação no corpo, na fala e na interação com o ambiente.

Já no que tange ao trabalho com polaridades, o objetivo é que o terapeuta utilize esse conceito para explorar a tensão e os conflitos internos que podem estar presentes no afeto do paciente (Fagan & Shepherd, 1975). Nesse processo, o terapeuta o ajuda a identificar e integrar os aspectos opostos de suas afetações, emoções e sentimentos, promovendo o crescimento e a harmonia interna.

Nesta seção, apresentamos dois exemplos clínicos que ilustram a aplicação da noção de afeto na Gestalt-terapia. Os casos apresentados fizeram parte da experiência de estágio realizada pelo primeiro autor e supervisionada pelo segundo no Laboratório Serviço de Psicologia Aplicada (LABSPA) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Por tratar-se de uma experiência de estágio obrigatório, houve a dispensa da apresentação da proposta no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição. Apesar disso, ressaltamos que nossa atuação foi pautada nos princípios éticos da profissão, bem como nas diretrizes que regulamentam os estágios clínicos em Psicologia. Assim, todas as pacientes foram devidamente informadas, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sobre a importância da experiência do atendimento para o processo formativo dos/as acadêmicos/as e sobre seus possíveis desdobramentos em produções acadêmico-científicas da área – com o devido resguardo de suas identidades.

Caso 1: O luto como afeto

O luto é uma reação emocional a uma perda significativa, que pode ser a morte de um ente querido, mas também pode se relacionar a outras situações, por exemplo, o término de um relacionamento ou a perda de uma identidade ou de um papel na vida. De acordo com Freitas (2013), na perspectiva fenomenológica, ele é considerado um fenômeno complexo que envolve uma série de afetos, ou seja, estados emocionais que são vivenciados de maneira única por cada indivíduo.

Para Freitas (2018), a abordagem fenomenológica enfatiza a importância de entendê-lo a partir da perspectiva da pessoa que está vivenciando essa experiência. Isso significa que não existe uma resposta ou uma trajetória “certa” para o luto, e as emoções e os afetos associados a ele variam amplamente de uma pessoa para outra. É vivido de forma singular,

e a fenomenologia busca compreender de que forma as pessoas descrevem e interpretam suas próprias experiências de luto.

Durante esse período, uma gama de afetos pode emergir, o que inclui tristeza, raiva, culpa, ansiedade, solidão, saudade e até mesmo momentos de alegria ao recordar vivências compartilhadas com a pessoa ou coisa perdida. A fenomenologia destaca de que maneira esses afetos se entrelaçam e se transformam ao longo do processo de luto, sem necessariamente seguir uma sequência linear. Cada afeto e sua intensidade são significativos, e a experiência de luto é uma jornada única para cada indivíduo.

Além disso, a fenomenologia também enfatiza a importância do significado nessa experiência, pois a forma como as pessoas atribuem significado à perda e aos afetos associados a ela influencia profundamente sua vivência. A reflexão sobre o significado da perda e a reconstrução da identidade após essa experiência são elementos fundamentais na abordagem fenomenológica do luto. Tal perspectiva nos ajuda a compreender os afetos envolvidos nesse período e de que modo eles se emaranham na experiência individual, sem impor um modelo rígido de como o luto “deve” ser vivido, o que contribui para uma compreensão mais compassiva e empática das pessoas que enfrentam a perda e o luto em suas vidas.

Veamos o caso clínico de P. A paciente P., mulher cisgênero, branca, de 30 anos, casada, empregada doméstica, deu entrada no serviço da clínica-escola de Psicologia apresentando a demanda de ter dificuldade para lidar com a perda da gravidez de cinco meses, ocorrida dois anos atrás (tomando como referência o ano em que ocorreu o atendimento -2019). Segundo o prontuário inicial, P. relata ser recorrente um choro incontido (*sic*) todas as vezes em que há alguma situação que a conduza à lembrança do evento traumático.

Ao longo dos atendimentos, P. compartilhou a existência de muitos medos: medo de não engravidar, de dividir os estados emocionais e/ou ansiedades com o companheiro, medo também do julgamento dos outros, do passado e do futuro. Tudo isso gerou na consulente grande dificuldade para se perceber e reconhecer seus valores e qualidades (baixa autoestima). O processo psicoterapêutico na perspectiva gestáltica foi construído com o propósito viabilizar o processo de *awareness*, ajudando-nos a compreender quais os processos psicossociais foram vivenciados pela paciente e que a fizeram produzir esses sintomas de ajustamento neurótico. Conforme Müller-Granzotto & Müller-Granzotto (2016),

Esse é o caso daqueles consulentes que, para aplacar a ansiedade decorrente de um excitação que eles próprios estejam a inibir de maneira habitual, “apelam” por nossa intervenção direta, “apelam” para que assumamos uma determinada função em favor da aniquilação da ansiedade por

eles sentida: “modelos” a quem eles possam imitar na esperança de preencherem o vazio ansiogênico que os afeta; “mestres” que os ensinem a suportar uma ansiedade que não pode mais ser ignorada; “réus” em quem reconheçam a causa da ansiedade que os atinge; “cuidadores” de quem esperam linimento que, enfim, abrande a ansiedade que os torna vítimas; “admiradores” em quem encontram confirmação para continuar adiando a realização do excitamento ansiogênico (2016, p. 316)

Por meio de sua narrativa, foi possível ter acesso à informação de que sua história foi marcada por um processo de rejeição por parte do pai biológico. Seu compartilhar foi atravessado por um afeto de muito dor, de um luto que se arrasta desde então e que a atinge de uma forma muito intensa. Nem sempre esse atravessamento foi tematizado, mas se fez presente no campo pela tensão na musculatura, pelo pesar na voz, pela mobilização da fisiologia no choro, no lacrimejo e no olhar. O terapeuta se viu mobilizado, compartilhando aquele afeto disponível no campo. Sua disponibilidade afetiva criou um ambiente seguro e acolhedor – crucial para o desenvolvimento da autoconsciência e do crescimento pessoal – no qual a consulente se sentiu livre para vivenciar suas emoções, pensamentos e experiências de vida. Tal disponibilidade envolveu a capacidade e a solicitude do terapeuta de entrar em sintonia com o mundo emocional de P, demonstrando empatia, compreensão e aceitação genuína.

Essa sensibilidade, descolada de uma preocupação instrumental ou objetivista na qual o profissional estaria tão simplesmente preocupado ou na leitura de um sintoma, ou na elaboração diagnóstica, esteve sustentada em uma compreensão holística. A partir de tal compreensão, e não de mera interpretação, ele teve a disponibilidade não apenas para escutar atentamente o que P. estava dizendo, mas também para se atentar às pistas emocionais, ao tom de voz, à linguagem corporal e a outras formas de expressão não verbais disponíveis no campo. Acreditamos que, sem essa postura, não teria sido possível nem que o terapeuta pudesse auxiliar a consulente em sua demanda, nem que ela tivesse condições de experimentar e entender suas próprias experiências emocionais de maneira mais profunda.

No caso de P., foi justamente uma “indisponibilidade” afetiva, ou afeto bloqueado, que produziu um ajustamento criativo disfuncional. Tal bloqueio afetivo teve impacto significativo em eventos posteriores de sua vida e isso se evidenciou em seu processo de gravidez. Após um período gestacional de cinco meses, que resultou em um aborto espontâneo, P. teve dificuldades para lidar com a perda gestacional, passando a viver desde então um processo de luto prolongado. Ao falar sobre a gravidez e a posterior perda, chorava desmesuradamente.

Ao longo desse processo, a sua inserção no

mercado de trabalho mostrou-se uma estratégia criada pela paciente para a elaboração do luto. Com relação a isso, há pouco mais de um ano (tomando como referência o período do atendimento, 2019), trabalha como empregada doméstica na casa de uma família, onde cuida de duas crianças. Esse contato com as crianças faria com que se lembrasse da sua “própria filha” (*sic*). Assim, conseqüentemente, ao longo do processo terapêutico observou-se explicitamente a produção de uma culpa pela perda gestacional, que, mesmo contrária a todas as evidências médicas (segundo a própria paciente, os médicos teriam dito que não haveria nenhuma limitação de ordem orgânica ou fisiológica para que tivesse outra gravidez e que o aborto teria sido resultado de uma infecção urinária, não de algum distúrbio fisiológico), assume como sua. “É como se Deus tivesse me castigado.”

Sua narrativa também foi marcada por uma série de “medos” que a faziam se prender ao passado e, ao mesmo tempo, estar constantemente preocupada com o que os outros poderiam pensar ou dizer. Da mesma forma, quando foi interpelada sobre esses medos, foi possível perceber que eles estavam muito mais em seu imaginário do que na realidade. Ou seja, manifestavam um comportamento projetivo que se concretizava por meio de fantasias sobre o “outro”. Conforme nos assevera Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2012), “a decisiva característica da neurose vincula-se à ausência, singular e difícil de explicar, de autonomia no paciente para agir e dizer” (p. 192).

Outro aspecto que surgiu estava relacionado à compulsão alimentar, como se fosse uma estratégia para lidar com suas ansiedades: quando estava feliz, comia; quando estava triste, comia. Era como se P. precisasse “consumir” as experiências insuportáveis que a atravessavam, adotando uma estratégia que envolvia tanto a compensação quanto a autopunição. Dessa forma, ela evitava confrontar as situações angustiantes de sua vida.

Nesse processo, veio à tona a questão da baixa da autoestima. Perguntada sobre suas qualidades, teve dificuldades para reconhecer seus valores apesar de, em vários momentos, fazer menção a eles, mas sem se dar conta. Outro aspecto importante foi a paciente ter trazido a relação com o pai e as mágoas que sentia em relação a ele, mas que entendia ser uma questão superada. Nessa relação com o passado, que se presentificava na sua vida atual, é possível perceber o quanto a rejeição do pai lhe maltratava. Como forma de lidar com o sentimento de rejeição, desenvolveu afetos de culpa e mecanismos de autopunição. Ao longo das sessões, a paciente passou a dar-se conta de suas qualidades (simpática, extrovertida, sincera, leal, organizada, pontual, dedicada). Sempre estiveram lá, mas não eram percebidas. Aos poucos também começou a notar o quanto se cobrava e que, até aquele momento, vivia muito sua vida (inclusive

a gravidez) como uma expectativa dos outros sobre si mesma. Mas e ela? Onde estava? Como estava se sentindo? E seus desejos? Suas vontades? Em um desejo de não magoar os outros, magoava a si mesma.

P. falava sobre as várias camadas que foram “enterrando” as coisas boas e os sentimentos positivos de sua vida. O medo retornava (o medo de não engravidar, de o casamento terminar se não engravidasse...), mas, ao ser interpelada, percebeu que tinha muitas possibilidades, embora se prendesse a poucas. Privava-se de viver o presente em nome de um passado que já se fora e de um futuro que ainda não chegara. As insatisfações consigo mesma, que não eram percebidas pela consulente, também se refletiam em sua vida profissional. Dessa forma, ela relatava sua chateação em relação ao trabalho: sentia-se cansada, sobrecarregada e exausta.

Ao final do processo psicoterapêutico, a consulente passou a apresentar a capacidade de autopercepção e reconheceu que os traumas do passado (as rejeições) haviam influenciado a forma como conduzia sua vida: “Mas isso de pensar sobre meu pai deu pra refletir sobre porque me cobro tanto, e que é culpa dele e não minha, não vou conseguir mudá-lo, acho que só perdôá-lo”. Ao produzir *awareness*, P. foi capaz de gerar em si mesma o que nos diz Müller-Granzotto & Müller-Granzotto (2012): “Ora, mais do que diagnosticar uma patologia, menos do que pretender erradicar um sofrimento, nossas intervenções clínicas visam desencadear, nos pacientes, um efeito de apropriação daquilo que eles mesmos possam produzir na relação que mantêm conosco” (2012, p. 217).

Caso 2: A dor como afeto

De acordo com Feijoo (2019), a dor é um afeto central na clínica fenomenológica, pois desempenha um papel fundamental na experiência humana. Para a pesquisadora, a abordagem fenomenológica busca compreender a experiência subjetiva do indivíduo, permitindo uma compreensão profunda e sensível da dor e do modo como ela é vivenciada, interpretada e comunicada na clínica. Tal fenômeno é complexo e pode se manifestar de diversas maneiras, tanto no âmbito físico quanto emocional e existencial. De acordo com a perspectiva analisada, ela não é apenas um fenômeno sensorial mas também vivencial, o que significa que sua experiência é moldada pela interpretação pessoal, pelo contexto e pela história de vida do sujeito sofrente.

Para Heidegger (1927/2002), a dor, em sua dimensão existencial, só pode ser devidamente compreendida a partir do horizonte da finitude humana e da experiência do ser-para-a-morte. Na visão heideggeriana, ela pode ser considerada uma manifestação da fragilidade e da vulnerabilidade humanas; não é apenas um desconforto físico mas também uma revelação da nossa finitude e da nossa existência no mundo. De acordo com o filósofo, é um dos modos pelos quais nos tornamos conscientes

de nossa própria mortalidade, o que, por sua vez, influencia nossa relação com o mundo e nossa busca por significado.

Heidegger introduz o conceito de “temporalidade” para entender a experiência da dor. Esta não é apenas um evento no momento presente, mas também está inserida em um contexto temporal, tendo uma dimensão passada (a causa da dor), presente (a experiência da dor) e futura (a expectativa de alívio ou agravamento). Na clínica heideggeriana, ela é vista como um convite para o sujeito sofrente se confrontar com sua própria temporalidade e para refletir sobre seu jeito de viver seu passado, presente e futuro. A autenticidade, ou seja, a capacidade de ser verdadeiro consigo mesmo, torna-se crucial nesse contexto. A dor é um lembrete da necessidade de o sujeito sofrente assumir a responsabilidade por sua própria existência e fazer escolhas autênticas em relação à maneira de enfrentar a dor e o sofrimento. No que tange à Gestalt-terapia, haja vista que tanto o existencialismo quanto a fenomenologia estão alinhados aos fundamentos da GT, a dor também é compreendida como parte da experiência humana. Assim, enquanto elemento presente no ciclo de contato, emerge na forma de um sinal de desequilíbrio entre organismo e meio, Resultando na interrupção do contato direto do sujeito sofrente com a experiência presente. É desse modo que, de acordo com Galli (2009),

Terapeutas acompanham o paciente no indispensável encontro com a inevitável dor da vida, com as possibilidades trágicas de sua existência, com suas perdas, com a impermanência, com a própria morte. Fugir da dor da vida, apartar-se da própria história, é perder o sentido da existência humana, é deixar de ser [...]. Um gestalt-terapeuta não escamoteia a dor, mas acredita na liberdade de atitude frente ao próprio destino, e, portanto, nas dimensões prazerosas da vida. É este ser humano em movimento, senhor e intérprete de sua história, que me permite conhecê-lo. (p. 62).

Nesses termos, podemos entender a dor como uma experiência profundamente enraizada na consciência, na existência e no corpo. Ela não é simplesmente um evento isolado, mas uma parte integral da experiência humana que nos lembra da nossa vulnerabilidade, da nossa finitude e da nossa relação com o mundo (Feijoo, 2019). No contexto da clínica, de que forma os/as consulentes atribuem significado à sua dor? Como ela se encaixa em sua história de vida e em seu mundo subjetivo? Acompanhemos o caso clínico de R.

R. foi uma paciente do sexo feminino, cisgênero, branca, tinha 46 anos (na época do atendimento), divorciada e mãe de uma jovem de 19 anos, em termos profissionais era professora de geografia. Procurou pelo serviço de psicologia trazendo queixas relacionadas a “contínuas crises de ansiedade e baixa autoestima”. Divorciada após 23 anos de casamento,

vivia com sua filha de 19 anos (fruto da relação). Ao longo dos atendimentos, relatou sentir que “parece que o mundo está desabando na minha cabeça”. Em cena estavam a dor com os efeitos do divórcio, as incertezas diante de sua condição de desemprego e a relação conflituosa com a filha (que não aceitava o final do casamento dos pais).

Durante esses períodos, prevaleceu em nossa prática clínica menos uma perspectiva de “analisar” a paciente e dar um sentido externo aos seus dramas pessoais, e mais uma postura de integrar, nos colocando como apoio para que R. fosse capaz de produzir sua própria *awareness*. Segundo Perls (1977), tal postura apenas endossa um dos postulados centrais da Gestalt-terapia:

A diferença essencial entre a Gestalt-Terapia e a maior parte dos outros tipos de psicoterapia é que nós não analisamos. Nós integramos. O que nós queremos evitar é o velho erro de misturar compreensão com explicação. Se nós explicamos, interpretamos, isto poderia ser um jogo intelectual muito interessante, mas é uma atividade boba, e uma atividade boba é pior do que não fazer nada. Se a gente não faz nada, pelo menos a gente sabe que não está fazendo nada. Se a gente se envolve numa atividade boba, apenas investe tempo e energia num trabalho improdutivo, e possivelmente fica mais e mais condicionado a fazer estas atividades fúteis, perdendo tempo, e entrando cada vez mais fundo no pântano da neurose (p. 97).

Ao longo das sessões, a paciente falou recorrentemente das crises de ansiedade bem como dos constantes atritos com a filha. Logo percebemos que se tratava de questões articuladas, ou seja, a ansiedade era o fundo para os dilemas de uma relação mãe-filha como figura.

Nas situações de ansiedade, muitos medos se manifestavam na “vontade de sair correndo”, na “sensação de perder o controle”, “de sair de mim” (*sic*). Ao mesmo tempo, nenhum dos eventos que foram narrados teve como desfecho a perda de controle. Aos poucos foi possível perceber o delineamento de um ajustamento neurótico que oscilava entre uma retroflexão e uma projeção.

Ao produzir um ajustamento neurótico, R. dava indícios de sua dificuldade para lidar com os dramas da própria existência. Aí estava a função da filha. Ao desresponsabilizar-se pelos seus próprios conflitos, era necessário segurar-se na figura de um “bode expiatório” ao mesmo tempo que construía um enredo de vítima. Não por acaso, nos termos de John Stevens (1977),

A neurose pode ser definida como a incapacidade de assumir total identidade e responsabilidade pelo comportamento maduro. O neurótico faz tudo para se manter no estado de imaturidade, mesmo quando faz papel de adulto – isto é, seu conceito infantil de como o adulto é. O neurótico não se concebe como uma pessoa que se mantém sozinha, capaz de mobilizar seu potencial para lidar com o mundo. Procura

apoio do meio através de ordens, ajuda, explicações e respostas. Não mobiliza seus próprios recursos e sim maneiras de manipular o meio – impotência, adulação, estupidez e outros controles mais ou menos sutis – de forma a receber apoio (p. 32).

Isso fez com que R., além do ajustamento projetivo em relação à filha, também produzisse, em vários momentos de sua vida, o ajustamento retroflexivo. Para Alvim et al. (2010), “a retroflexão é compreendida como um bloqueio que interrompe o contato no momento da interação, significando que a pessoa dispensa o contato com o outro, voltando para si mesma uma energia que seria naturalmente dirigida para a relação” (Alvim et al., 2010, p. 183).

Ademais, a paciente trouxe para o campo, em várias oportunidades, o relato de muitas dores pelo corpo. Em alguns momentos, num cruzamento entre um ajustamento projetivo e retroflexivo, chegou a cogitar tratar-se de “um claro sintoma de fibromialgia”: dores nas costas (na região do pescoço), nos pés, na lombar ou, algumas vezes, pelo corpo todo – sem que o mal-estar pudesse ser localizado em um local específico dele. Nessas ocasiões, o recurso a analgésicos tornava-se algo corriqueiro. Perguntada se todas as dificuldades que ela trazia para as sessões não seriam uma causa razoável para as dores corporais, inicialmente houve uma reação de resistência, fazendo uma leitura delas pela chave do sobrepeso. É preciso reconhecer que “o retroflexivo inflige a si mesmo o que gostaria de fazer a outra pessoa ou o que outra pessoa fizesse com ele. Ele abandona qualquer tentativa de influenciar seu meio, tornando-se separado e, aparentemente, autossuficiente” (Boris, 2017, s/p).

Ao longo de todo o processo psicoterapêutico, a estratégia adotada foi a de oportunizar que R. fosse capaz de produzir *awareness*, ou seja, consciência (Rodrigues, 2004). Nesse percurso, oportunizado pelos exercícios de respiração e relaxamento, o processo de percepção e leitura do próprio corpo, com seus sinais-dores, com as frustrações habilidosas e com a presentificação, foi fundamental para a produção de barreiras de contato em relação à filha, para o reconhecimento dos próprios limites e capacidades e para o protagonismo, tomando as rédeas de sua própria vida.

Ao final de seu processo psicoterapêutico, as sessões foram se tornando um espaço de compartilhamento da percepção de R. sobre as mudanças percebidas em sua vida. Em relação às dores, o que parecia da ordem de um problema fisiológico era a consciência sobre um corpo-organismo que somatiza as tensões mal resolvidas e os fluxos interrompidos. Com relação ao funcionamento simbiótico com a filha, após o uso de várias frustrações habilidosas (Rodrigues, 2004), nas últimas sessões pudemos observar que ela já não aparecia na forma nem de figura, nem de fundo. No que se refere às dificuldades para assumir e lidar

com os próprios desejos, R. demonstrou coragem para finalizar um romance de quatro meses com características abusivas e para “dar ao outro o que é do outro” – com relação a esse último ponto, foi nítida a mudança da paciente em comparação ao início do processo psicoterapêutico, quando relatava o quanto se sentia oprimida pelas demandas alheias e pela sua dificuldade em dizer não ou em se posicionar diante de tais expectativas.

Considerações finais

As noções de afeto e corpo na Gestalt-terapia são fundamentais para compreender não apenas a maneira como os indivíduos vivenciam e lidam com seus afetos, mas também por serem elementos essenciais da prática clínica. Ao abordar esses aspectos no contexto terapêutico à luz de experiências psicoterapêuticas em um estágio, desejou-se evidenciar a centralidade e a importância de uma perspectiva “corporificada” dos afetos na formação e na prática de futuros Gestalt-terapeutas. Trata-se de um convite a um olhar sensível e ético às dimensões relacional e corporal, que atravessam e compõem nossas práxis clínicas. Acreditamos que tal olhar-sentir pode possibilitar uma clínica mais humana e menos asséptica.

Além disso, esse investimento é um convite a um engajamento ético-político que se estende a outras modalidades de intervenção. Consiste em reconhecer os limites e impactos dos modelos tradicionais no interior da psicologia, de modo geral, e da psicologia clínica, de modo particular. Em um contexto bastante marcado pela medicalização da vida e pela farmacologização do sofrimento (Caponi & Daré, 2020), em que o modelo neoliberal de empreendedor de si mesmo se apresenta na forma de um ideal a ser alcançado e estimulado (Safatle, 2022), o desafio ético é o investimento e a aposta em uma psicologia clínica mais como um éthos do que como um método.

Ao apostarmos na importância dos afetos, defendemos uma clínica mais aproximada das dores humanas, comprometida com o acolhimento do sujeito sofrente em toda sua complexidade, engajada com a não instrumentalização da alteridade. Assim, a atenção voltada ao afeto torna-se não apenas uma técnica terapêutica mas também uma ética que promove a autenticidade, a integração emocional e o bem-estar global do sujeito que sofre. Nessa proposta, o corpo assume lugar de destaque, já que não é apenas um “objeto” na terapia, mas sim um veículo para a compreensão mais profunda da experiência desse indivíduo na relação terapêutica. Concordamos com Merleau-Ponty (1945/2018) quando argumenta que o corpo não é somente um objeto no mundo como também a base fundamental da nossa experiência e percepção, ou seja, nossa “ferramenta” primordial para a compreensão do mundo.

Uma clínica sustentada em tal pressuposto

pode contribuir para a compreensão mais profunda da experiência humana e da própria relação terapêutica, esta última sempre encarnada, situada e intersubjetiva – manifestação do compromisso ético-político que psicólogos e psicólogas assumem ao “estar-com” (Holanda, 2014).

Referências

- Alvim, M.B., Bomben, E., & Carvalho, N. (2010). Pode deixar que eu resolvo! - retroflexão e contemporaneidade. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16(2), 183-188.
- Boris, G.D. (2017, 20 a 22 de setembro). *Angústia e má-fé: o manejo da evitação de contato na Gestalt-terapia*. [Palestra]. III Congresso Brasileiro de Psicologia & Fenomenologia/ II Encontro Nacional do GT Psicologia e Fenomenologia (ANPEPP)/ I Congresso Internacional de Fenomenologia Existencial: O Desassossego Humano na Contemporaneidade, Natal, Rio Grande do Norte.
- Braga, J.O. (2023). Debate em torno de emoções, sentimentos, afetos e suas possíveis interlocuções com a prática em Gestalt-Terapia. *Phenomenology, Humanities and Sciences*, 3(3), 150-158.
- Carman, T. (2008). *Merleau-Ponty*. Routledge.
- Caponi, S., & Daré, P.K. (2020). Neoliberalismo e sofrimento psíquico: A psiquiatrização dos pacientes no âmbito laboral e escolar. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, 25(2), 302-320.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 381-387. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200021>
- Fagan, J. & Shepherd, IL (1975). *Gestalt-terapia: Teoria, Técnicas e Aplicações*. Zahar.
- Favret-Saada, J. (2005). Ser afetado (P. Siqueira Trad.). *Cadernos De Campo*, 13(13), 155-161. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v13i13p155-161>
- Freitas, J.L. (2013). Luto e Fenomenologia: uma Proposta Compreensiva. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies*, 9(1), 97-105.
- Freitas, J.L. (2018). Luto, pathos e clínica: uma leitura fenomenológica. *Psicologia USP*, 29(1), 50-57.
- Feijoo, A.M. (2019). Dor, sofrimento e escuta clínica. *Arquivos do IPUB Online*, 1(1), 22-34.

- Galli, L.M. (2009). Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-terapia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(1), 58-70.
- Heidegger, M. (1989). "Que é isto – a filosofia?". In *Conferências e escritos filosóficos*. Nova Cultural.
- Heidegger, M. (2002). *Ser e tempo*. Vozes. (Trabalho original publicado em 1927)
- Helou, F. (2015). *Fritz Perls, vida e obra: Em busca da Gestalt-terapia*. Summus Editorial.
- Holanda, A.F. (2014). O sofrer é do sofrente e do existente . In I.I. Costa (Orgs.), *Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade* (pp. 117-153). Editora Universidade de Brasília.
- Lewin, K. (1965). *Teoria de campo em ciência social*. Pioneira.
- Martín, A. (2008). *Manual prático de psicoterapia Gestalt*. Vozes.
- Merleau-Ponty, M. (1992). *O visível e o invisível*. Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1964)
- Merleau-Ponty, M. (2018). *Fenomenologia da Percepção*. Editora WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1945)
- Müller-Granzotto, M.J., & Müller-Granzotto, R.L. (2012). *Clínicas gestálticas: sentido ético, político e antropológico da teoria do Self*. Summus editorial.
- Müller-Granzotto, M.J., & Müller-Granzotto, R.L. (2016). *Fenomenologia e Gestalt-Terapia*. (3a ed.). Summus editorial.
- Perls, F. (1977). *Gestalt-Terapia explicada* (5a ed.) Summus editorial.
- Perls, F., Hefferline, R.F. & Goodman, P. (1997). *Gestalt-Terapia* (3a ed.). Summus editorial. (Trabalho original publicado em 1951)
- Perls, L. (1977). Abordagem de um Gestalt-terapeuta. In J. Fagan & I.L. Shepherd. *Gestalt-terapia: Teoria, Técnicas e Aplicações*. Zahar
- Ribeiro, J.P. (2010). Psicoterapia das Relações Objetais e Gestalt-terapia: Uma Integração Possível. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16(1), 97-105.
- Ribeiro, J.P. (2016). *Gestalt-Terapia: refazendo um caminho* (9a ed.). Summus editorial.
- Ribeiro, J.P. (2022). *Conceito de Mundo e de Pessoa em Gestalt-terapia: revisitando o caminho*. Summus editorial.
- Rocha, J.M., & Kastrup, V. (2009). Cognição e emoção na dinâmica da dobra afetiva. *Psicologia em Estudo*, 14(2), 385–394.
- Rodrigues, H.E. (2004). *Introdução à Gestalt-terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica* (3a ed.) Vozes.
- Safatle, V. (2022). A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In V. Safatle, N. Silva Junior, C. Dunker (Orgs), *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (pp. 17-46). Autêntica.
- Silva, M.P. (2014). A presença, a relação, o afeto e o afetar: observando práticas grupais. *Revista IGT na Rede*, 11(21), 322-333.
- Stevens, J. (1977). *Isto é Gestalt*. Summus editorial.
- Woldt, A.L., & Toman, S.M. (2005). *Gestalt therapy: History, theory, and practice*. Sage Publications.
- Yontef, G.M (1998). *Processo, Diálogo e Awareness: Ensaios sobre Gestalt-Terapia*. Summus editorial.
- Yontef, G., & Jacobs, L. (2005). *Gestalt therapy*. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 299–336). Thomson Brooks.

Esmael Alves de Oliveira – Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

Dionatans Godoy Quinhones – Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Dados para correspondência: Esmael Alves de Oliveira - Faculdade de Ciências Humanas – Universidade Federal da Grande Dourados - Rodovia Dourados/Itahum, Km 12 - Unidade II, Caixa Postal: 364, Cep: 79804-970 Dourados-MS.

Data de submissão: 08/11/2023

Primeira decisão editorial: 17/12/2023

Aceite para publicação: 08/04/2024