RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM GRUPO DE OUVIDORES DE VOZES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

Experience report in a voice-hearing group at a child and adolescent psychosocial care center

Relato de experiencia en un grupo de oyentes de voces en un centro de atención psicosocial infantojuvenil

https://doi.org/10.5935/2176-3038.20250007

Recebido: 10.fev.2025
Corrigido: 02.abr.2025
Aprovado: 16.abr.2025

Luiz Henrique Bezerra[27]
Bruno Jardini Mäder[28]

Resumo: O trabalho aborda a experiência de um psicólogo residente em um programa de Residência Multiprofissional em um grupo de adolescentes ouvidores de vozes em um CAPS infantojuvenil. O relato objetiva descrever o ambiente do (CAPSi); relatar e refletir a experiência do psicólogo no grupo de ouvidores de vozes; discutir sobre a formação residente no manejo com pacientes em condição complexa de saúde mental. Dessa forma, organizou-se a discussão do artigo a partir do agrupamento temático dos fragmentos do diário de bordo, em cinco eixos: ouvir vozes, que trata do fenômeno da alucinação auditiva a partir da perspectiva dos jovens; a dinâmica do grupo, na qual observou-se como as relações se dão entre os adolescentes do grupo; o manejo de crises, a partir das tecnologias disponíveis no CAPSi e seu arranjo assistencial; as técnicas, que são utilizadas para a expressão de subjetividade e reabilitação social; a atuação com a equipe multiprofissional, tanto do residente com a equipe quanto com a facilitadora do grupo; e a formação do residente, que discorre e questiona sobre quais habilidades teóricas-práticas um programa de residência pode desenvolver para o psicólogo. Ressalta-se questões sobre o diagnóstico em adolescentes e a função do grupo como um ambiente favorável para a manutenção da qualidade de vida dos jovens.

Palavras-chave: atenção psicossocial; psicoterapia de grupo; transtornos psicóticos; adolescente; residência não médica.

Abstract: *The study addresses the experience of a resident psychologist participating in a Multiprofessional Residency Program, working with a group of adolescents who hear voices at a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSi). The report aims to describe the CAPSi environment, recount and reflect on the psychologist's experience within the voice-hearing group, and discuss the resident's training in managing patients with complex mental health conditions. Therefore, the discussion of the article was organized based on the thematic grouping of the fragments of the logbook, into five axes: hearing voices, which explores the phenomenon of auditory hallucinations from the perspective of the adolescents; group dynamics, which examines how relationships develop among the adolescents within the group; crisis management, which focuses on the technologies available at CAPSi and the care arrangements implemented to address crises; techniques, which highlight the methods used to facilitate the expression of subjectivity and promote social rehabilitation; the work with the multidisciplinary team, both of the resident with the team and with the group facilitator; and the training of the resident, who discusses and questions what theoretical-practical skills a residency program can develop for the psychologist. Issues regarding diagnosis in adolescents and the role of the group as a favorable environment for maintaining the quality of life of young people are highlighted.*

Keywords: *psychosocial care; group psychotherapy; psychotic disorders; adolescent; non-medical residency.*

Resumen: *El estudio aborda la experiencia de un psicólogo residente en un Programa de Residencia Multiprofesional que trabaja con un grupo de adolescentes que escuchan voces y que son atendidos en un Centro de Atención Psicosocial Infantojuvenil (CAPSi). El artículo tiene como objetivo describir el entorno del CAPSi, relatar y reflexionar sobre la experiencia del psicólogo en el grupo de jóvenes que escuchan voces, y analizar la formación del residente en el manejo de pacientes con condiciones complejas de salud mental. La discusión del artículo se organiza a partir de agrupaciones temáticas de fragmentos del diario terapeútico, divididos en cinco ejes: escuchar voces, que aborda el fenómeno de las alucinaciones auditivas desde la perspectiva de los jóvenes; la dinámica del grupo, en la que se observa cómo se desarrollan las relaciones entre los adolescentes; el manejo de crisis, basado en las tecnologías disponibles en el CAPSi y su*

27 Psicólogo. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente pelas Faculdades Pequeno Príncipe (FPP). Curitiba, Paraná. Av. Iguaçu 333, Rebouças, Curitiba – PR, 80230-020. E-mail: psi.luizhbezerra@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-1161-8120.

28 Psicólogo. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, Paraná. Endereço: Av. Iguaçu 333, Rebouças, Curitiba – PR, 80230-020. E-mail: bruno.mader@fpp.edu.br. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3233-9629.

organización asistencial; las técnicas, que se utilizan para la expresión de la subjetividad y la rehabilitación social; y la actuación con el equipo multiprofesional, tanto del residente con el equipo como con la facilitadora del grupo. Además, se discute la formación del residente, cuestionando y analizando las habilidades teórico-prácticas que un programa de residencia puede desarrollar en el psicólogo. Así mismo, se destacan cuestiones relacionadas con el diagnóstico en adolescentes y se subraya la función del grupo como un entorno favorable para mantener la calidad de vida de los jóvenes.

Palabras Clave: *atención psicosocial; psicoterapia de grupo; transtornos psicóticos; adolescente; residencia no médica.*

Introdução

A experiência subjetiva de ouvir vozes é comumente relacionada à esquizofrenia, uma condição mais grave na psicose. A confirmação do diagnóstico pode ocorrer ainda na adolescência (Dalgalarrondo, 2019). Entretanto, os critérios elencados pela Organização Mundial da Saúde e a Associação Americana de Psiquiatria são os mesmos para adultos e crianças (Tengan & Maia, 2004). Entre 4% e 8% da população mundial relata o contato com vozes, sendo que sua maioria não realiza tratamento psiquiátrico ou apresenta diagnóstico de transtorno psicótico (Fuly *et al*., 2025). O diagnóstico de saúde mental de crianças e adolescentes é delicado, pois exige uma abordagem multidisciplinar e cuidadosa, devido a necessidade de refletir sobre: as particularidades do período do desenvolvimento; como aferir as vozes, uma vez que elas podem pertencer às fantasias infantis; como as diversas famílias e indivíduos compreendem os conceitos de saúde e doença; e as metodologias de investigação (Tengan & Maia, 2004; Ronchi & Avellar, 2010). Além disso, são considerados os fatores genéticos e ambientais, mas principalmente, para os profissionais que avaliam, compreender quais são os comportamentos e ações subjetivas típicas da adolescência os diferenciando de quadros sintomáticos, resultando em hipóteses diagnósticas flexíveis (Pavani *et al*., 2021). Devido ao olhar biomédico, as instituições têm dificuldade em reconhecer o funcionamento do adolescente ouvidor de voz, reduzindo seu diagnóstico a esquizofrenia, promovendo ocasionalmente tratamento inadequado, comprometendo a qualidade de vida (Custódio *et al*., 2020). Em 1987 foi criado o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes (MIOV) na Holanda, o qual compreende a experiência humana de ouvir vozes como uma variação, não uma patologia, o que modifica a forma do cuidado com essas pessoas. O movimento afirma que nem todos os sujeitos necessitam de medicalização para terem boa convivência com as vozes, e a participação em grupos de apoio pode ser um recurso efetivo na administração das vozes. Dessa forma, a quebra do paradigma biomédico está em como a sociedade pode compreender que as vozes podem ou não emergir de um trauma, como podem surgir de forma natural, e se tratando da infância e adolescência, o lugar que o amigo imaginário ocupa no psiquismo desse sujeito ouvidor de voz (Cardoso *et al*., 2025). Por outro lado, Fuly *et al*. (2025) explicam que o surgimento das vozes ocorre na infância e estão associados a um ambiente pouco afetivo, marcado por negligências, violências ou abusos. O suporte familiar e o contexto social empobrecidos são fatores associados ao surgimento do fenômeno, além de não promover estratégias saudáveis de enfrentamento. Além disso, a escola e a comunidade são instâncias importantes para intensificar ou atenuar o fenômeno na criança ou adolescente. O campo da Saúde Coletiva se articula com outras áreas da ciência, desenvolvendo espaço potencial de constituição de políticas públicas e tecnologias de natureza interdisciplinar, sendo um contraponto ao reducionismo biomédico (Mäder, 2015). A Atenção Psicossocial são práticas interdisciplinares voltadas a quem está em sofrimento devido às condições de saúde mental. Envolve a reabilitação psicossocial, que articula com o território ações que possam desenvolver habilidades de autonomia e da vida cotidiana a quem sofre. Atravessa o campo da saúde e chega às outras áreas da sociedade, como educação, transporte, serviço social, trabalho, esporte, lazer etc. “Dessa forma, uma pessoa, compreendida como cidadã, tem o direito de participar da decisão com respeito aos seus processos de saúde” (Mäder, p. 12, 2015), tendo suas limitações e subjetividade respeitados, valorizando a história e desejo de cada usuário (Pinto *et al*., 2007; Custódio *et al*., 2020). O Ministério da Saúde estabelece os CAPS como o dispositivo criado para substituir o modelo manicomial. O Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) tem como objetivo atender à população de até 18 anos que convive com transtornos mentais severos ou persistentes. Por meio de uma política de portas abertas, oferece acompanhamento clínico,

reabilitação psicossocial, exercício de direitos, fortalecimento da rede de apoio e principalmente a familiar (Pinto *et al*., 2007). Livrar-se das vozes, segundo Cardoso *et al*. (2025), é considerada uma estratégia pouco efetiva, reforçam que a participação nos grupos de convivência para trocas de experiências é uma abordagem mais efetiva. Os autores explicam que o ouvidor de voz passa por três fases: surpresa, quando o fenômeno começa a surgir; organização, momento de traçar estratégias efetivas para lidar com as vozes; e estabilização, quando ocorre a convivência equilibrada com as vozes. Entretanto, para que a criança ou adolescente fale sobre o fenômeno, precisam atravessar seus medos, receios e vergonha para falar com seus pais e demais instituições, pois culturalmente quem ouve vozes é considerado esquizofrênico, e por sua vez, louco. Os adolescentes ouvidores de vozes podem apresentar dificuldade na adaptação social e afetiva, sendo considerados estranhos ou loucos. Tornam-se isolados do mundo externo a sua casa (Tengan & Maia, 2004). Pinto *et al*. (2007) afirmam que dentro de casa, os ouvidores de vozes não são ouvidos, não recebem afeto ou amor de sua família, agravando seu profundo sofrimento de fragilidade egoica. São pessoas que sofrem sozinhas e isoladas. Devido a estigmatização, tendem a considerar o grupo como um ambiente seguro, de encontro com seu semelhante, compartilham experiências e aprendem estratégias de enfrentamento (Kantorski *et al*., 2017). Além da medicalização e da participação em grupos de convivência, que podem ser realizados como intervenção terapêutica pelos profissionais dos CAPSi, outros recursos de enfrentamento considerados pelos ouvidores de vozes pautam-se na psicoterapia individual, na possibilidade de aprender a conversar com as vozes estipulando pactos e limites. Para crianças e adolescentes, a brincadeira, o desenho livre, estudar, fazer refeições que goste, assistir televisão, usar o celular são recursos válidos, porém é na rede de apoio sólida e afetiva que está a principal estratégia (Fuly *et al*. 2025; Cardoso *et al*. 2025). Este relato de experiência objetiva refletir sobre a experiência subjetiva de um Psicólogo residente durante o contato com o grupo de ouvidores de vozes de um CAPSi, grupo o qual existe desde 2021 sem registros acadêmicos. Retoma a formação do Psicólogo residente, dialogando sobre teoria e prática, compreendendo que tanto na graduação quanto na especialização, o estudante de Psicologia tem pouco contato com esses público. Dessa forma, o CAPSi torna-se um ambiente favorável de aprendizagem e exercício da prática no serviço de saúde mental público.

Procedimento metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência a partir da vivência de um Psicólogo residente de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente, em um CAPSi, ocorrido entre 17 de julho de 2024 a 30 de setembro de 2024. Segundo Mussi *et al*. (2021), o relato de experiência é uma produção acadêmica que aborda as experiências vividas pelo pesquisador inserido no contexto de prática profissional. Possui viés explicativo, para aproximar experiência e teoria, por meio de uma implicação crítica-reflexiva. Importante destacar que para a formação profissional, a produção científica se faz necessária para a construção de novos saberes e a sedimentação do conhecimento vivido, apreendido e compartilhado com a comunidade. Tosta *et al*. (2016) complementam, afirmando que o relato de experiência promove ao pesquisador o seu progresso no conhecimento da área de interesse. Este relato de experiência seguiu as etapas: elaboração do diário de campo; análise crítica das temáticas principais; seleção e descrição dos resultados articulando com a teoria; e a elaboração do artigo. Com relação aos aspectos éticos, os nomes dos participantes do grupo de ouvidores que foram alterados para preservar suas identidades. Tomou-se o cuidado de evitar o relato de questões individuais dos usuários, objetivando a expressão do que foi testemunhado pelo residente. Segundo a resolução n. 510, de 07 de abril de 2016, em seu art. 1º , parágrafo único, inciso VII, ao qual dispõe sobre as normas de pesquisas que envolvam seres humanos, não serão registrados ou avaliados pelos Comitês de Ética e Pesquisa “pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito”.

Resultados

No Capsi em que se desenvolveu o estágio de residência, a equipe de assistência organizou as ofertas de grupos terapêuticos em documentos acessíveis para facilitar a elaboração dos projetos terapêuticos singulares (PTS) dos usuários. Foi nesse contexto que o residente obteve conhecimento do grupo de

ouvidores de vozes, ofertado às 10:00 da manhã de segunda-feira, facilitado por uma profissional de nível superior terapeuta ocupacional (TO). Ocorre na garagem do CAPSi. O grupo tem duração de aproximadamente uma hora, considerando os atrasos, a proposta de atividade e o lanche. Os profissionais utilizam cerca de uma hora para planejar a proposta, organizar o espaço e separar os materiais; após o encerramento do grupo, os prontuários eletrônicos são evoluídos e ocorre o registro manual no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) de cada usuário. A discussão dos casos com os técnicos de referência (TR) pode ocorrer após o grupo ou na reunião de miniequipe, quando a equipe multiprofissional discute as condutas dos casos complexos. O CAPSi funciona em uma casa alugada pela prefeitura da cidade, com grande espaço externo de jardim e quintal, porém com poucos consultórios. A estrutura física está em alguns pontos comprometida por mofo, infiltrações, pintura descascada e demais avarias ocorridas pelo tempo, uso e descuido dos usuários e órgão responsável. É composto por recepção, sala de equipe, corredor, banheiros, posto de enfermagem com dois leitos, três consultórios, sala de artes, cozinha, sala com materiais artísticos (papelaria e instrumentos musicais), brinquedoteca. No andar superior, há outro consultório, sala da coordenação, sala de espera, banheiro e varanda. O pátio interno e a garagem são os espaços utilizados para reunir grupos, tendo a garagem cerca de 10 m². Para o grupo de ouvidores de vozes há a oferta de oito vagas; na ocasião, cinco delas estavam preenchidas. A permanência dos usuários no grupo dependerá da reabilitação proposta no PTS e a estabilidade dos sintomas, que envolvem a adesão ao tratamento medicamentoso, a autonomia, o apoio da família, da comunidade e o protagonismo do usuário. O objetivo do grupo é favorecer a independência, autonomia e funcionalidade na realização de atividades cotidianas; com público-alvo de pré-adolescentes e adolescentes entre 14 e 18 anos; indicado aos usuários com o sintoma de alucinação auditiva. Já os objetivos terapêuticos e de reabilitação pautam-se na autorregulação emocional para lidar com crises; informações sobre a psicose e a esquizofrenia; e orientações aos responsáveis pelos jovens. Tem como recursos as rodas de conversa, uso de baralhos de "puxa conversa", atividades expressivas de pintura e desenho. Além disso, pelo fato da facilitadora ser TO, sua especialidade incentiva os usuários a organizar a rotina funcional com relação às 24 horas do dia: 8 horas de sono, 8 horas de atividades produtivas, como escola, afazeres domésticos e autonomia no autocuidado e 8 horas de lazer. A oferta do grupo de ouvidores de vozes iniciou-se em 2021, quando começou a flexibilizar os acessos aos serviços de saúde após a primeira dose de vacina contra a Covid-19. Nesse contexto, o CAPSi recebeu novos usuários que devido ao isolamento social, diminuição de atividades externas e questões de vulnerabilidade social, desenvolveram quadros graves de saúde mental. Na época, durante as discussões de equipe, identificou-se que os ouvidores de vozes estavam inseridos em grupos, porém isolados deste, tendo baixa participação e adesão. Dessa forma, em uma decisão multiprofissional, os ouvidores de vozes do período da manhã foram reunidos no grupo. Essa organização proporcionou o senso de pertencimento a algo em comum entre eles, e com o amadurecimento do grupo, começaram a conversar entre si sobre suas experiências subjetivas.

O Quadro 1 à frente descreve o encontro do grupo, com data, proposta terapêutica e participantes:

Discussão

A partir da análise do diário de bordo redigido pelo residente durante sua atuação no grupo, fragmentos foram selecionados com a finalidade de aprofundamento teórico e proporcionar reflexões sobre a prática com esses usuários. Foram selecionadas as temáticas: ouvir vozes, dinâmica do grupo, manejo de crises, técnicas, atuação com a equipe multiprofissional e formação do residente.

Ouvir vozes

No primeiro encontro do grupo, realizam-se as apresentações formais, do residente para os usuários, o enquadre da facilitadora para retomar os objetivos do grupo e a apresentação da proposta. No início do encontro, a facilitadora pergunta sobre como eles passaram a última semana, os eventos do final de semana, tanto em casa quanto na escola, e sobre a rotina, baseado na divisão das 24 horas do dia – este momento inicial ocorreu em todos os encontros. Observou-se o comportamento basal dos usuários: psicomotricidade lentificada, tanto na deambulação quanto na psicomotricidade fina no manuseio dos materiais; dificuldade na interação social, no sentido de iniciar conversas de forma espontânea ou manter o diálogo; e a manifestação de expressão facial

Quadro 1 - Dados da Disciplina PPBE por região do país.

Encontro	Data	Procedimentos	Participantes
1	29/07/2024	Roda de conversa sobre a singularidade de conviver com as vozes, e atividade expressiva de desenho livre	• João • Carlos • Alessandra • Roberto
2	05/08/2024	Atividade expressiva com argila, abordando o tema de como lidar com crises de ansiedade	• Carlos • Alessandra • Joice • Roberto • Lucio
3	12/08/2024	Roda de conversa sobre dilemas éticos por meio do uso de baralho "O que você faria", e manejo sobre crises de ansiedade	• Carlos • Manoel • Joice
4	19/08/2024	Pintura de paisagens relaxantes e abordagem sobre a rotina dos usuários	• Manoel • Carlos (Parcialmente) • Alessandra • Joice • Roberto
5	02/09/2024	Atividade expressiva com argila e conversa sobre futuro e profissão	• Roberto • Manoel • Lucio • Carlos
6	09/09/2024	Oficina de culinária: macarrão com salsicha	• Roberto • Manoel • Carlos
7	16/09/2024	Roda de conversa sobre saúde mental e atividade coletiva do CAPSi sobre o Setembro Amarelo	• Roberto • Manoel • Carlos • Lucio (parcialmente)
8	23/09/2024	Discussão sobre pensamentos e delírios e confecção de boneco de isopor que representasse o usuário	• Roberto • Carlos
9	30/09/2024	Atividade de expressão para desenhar a casa do futuro e encerramento da participação do residente no grupo	• Roberto • Carlos

Fonte: Os autores (2024)

apática. Nesse 1º encontro, a facilitadora trouxe a pauta do sintoma de alucinação auditiva, as vozes. Os adolescentes relataram suas experiências individuais e identificaram manifestações semelhantes. Expuseram que o ouvir vozes é contínuo, com dificuldades no controle; podem ser uma ou mais vozes; masculinas, femininas ou mistas; de entonação alta, normal ou baixa; com conteúdo depreciativo, paranoide, delirante, de comando ou mesmo, amigável. Narram a possibilidade de realizar acordos com as vozes, como em momentos de provas da escola – essa pauta foi retomada no 8º encontro. Os participantes endossam os dados anteriores, complementam que as vozes de comando podem gritar ou ficarem repetitivas. Compreendem que o sintoma é vivido desde a infância. Para Roberto, as vozes começaram em tom baixo, chamando por seu nome. Conforme crescia, as vozes se desenvolviam, alcançando a complexidade de diálogo. Carlos complementa que na sua vivência, as vozes sempre estiveram presentes. Segundo Dalgalarrondo (2019), a experiência de ouvir vozes é uma alucinação, um sintoma positivo, em que o sujeito ouve vozes com conteúdo pejorativos, de ameaça ou acusação. Elas o acompanham, fazendo observações e comentários na forma de diálogo ou realizando comandos. A teoria do amadurecimento emocional de Winnicott evidencia a infância, momento em que se formam os alicerces da existência do indivíduo e a re-

lação entre mãe bebê. Conceitua a "preocupação materna primária" como o estado em que a mãe identifica as necessidades do bebê de forma inconsciente ou consciente, momento que ela se adapta ao bebê. Na medida em que essas necessidades são satisfeitas, a mãe realiza a mediação do bebê com o "ambiente suficientemente bom", possibilitando seu desenvolvimento a partir da superação da dependência absoluta, depois pela dependência relativa e por fim, rumo à independência (Pereira & Berlink, 2006; Ronchi & Avellar, 2010). Entre o nascer biológico e a chegada de fato no mundo, há um percurso longo com muitos começos (Dias, 2006). Se o ambiente não promover segurança emocional ou física, ocorrendo negligências emocionais, violências, intrusão, falta ou excesso de cuidado, há o fracasso da adaptação do bebê, interrompendo seu desenvolvimento, o expondo ao traumático e à angústia de não conseguir confiar ou desenvolver relações sólidas. Cria-se uma ruptura brusca com a realidade e o senso de si, diluído entre o sentimento de perda de contato com a realidade e a realidade externa devido a falha na adaptação ao ambiente. Dessa forma, as alucinações emergem como uma forma de defesa ao ambiente (Pereira & Berlink, 2006; Ronchi & Avellar, 2010; Custódio *et al*., 2020; Santos & Casetto, 2022). Conforme Custódio *et al*. (2020), o analista testemunha o discurso delirante, objetivando a construção da identidade; e secretaria o delírio, não o confrontando, mas sim compreendendo a partir de sua literalidade. Para os autores, o analista faz uma aposta no usuário, para possibilitar a construção de uma narrativa e da simbolização de alguma metáfora.

Dinâmica do grupo

No 1º encontro ocorreu a alta de João, o qual estava com os sintomas estabilizados, concretizando um projeto de vida e completando 18 anos, sem a necessidade de encaminhamento para outro ponto da rede. Havia vínculo entre o grupo e o usuário, com a sua saída, identificou-se nos encontros seguintes a manifestação de sintomas ansiosos e o discurso delirante de Carlos de "haver algo desconectado na cabeça". Na semana antecedente ao 3º encontro, a equipe avaliou a necessidade de intensificar o PTS de um dos usuários, Manoel, com o objetivo de vinculá-lo ao serviço, estabelecer aliança terapêutica e proporcionar sua adesão ao tratamento. Dessa forma, optou-se por incluí-lo no grupo de ouvidores de vozes temporariamente – do 3º ao 7º encontro –, entretanto, ele não vivenciava alucinações. Durante o período, Manoel reencontrou Roberto, ambos são colegas de sala de aula. A dinâmica de interação entre eles era pontual e sucinta. No 5º encontro conversaram sobre as relações da sala de aula e a escola, a conversa assemelhava-se a uma entrevista, ou seja, Manoel buscava informações a seu respeito. Esse momento ocorreu enquanto a facilitadora precisou se ausentar do grupo e encerrou quando ela retornou. Manoel se mantinha distanciado do grupo, procurando sentar-se afastado na mesa. No 2º e 4º encontros, identificou-se resistência dos adolescentes na comunicação verbal, o diálogo era empobrecido ou as respostas eram ecolalias dos profissionais. Em discussão sobre esse fenômeno coletivo, levantaram-se as hipóteses: a partir da problematização do período da adolescência, em que a timidez e a evitação de se expor são esperadas; um número maior de participantes pode contribuir na retração da espontaneidade; a possibilidade de contato intenso com as vozes; a presença de um integrante temporário no grupo; e o comportamento ansioso de inquietação psicomotora de Carlos. Em comparação, a partir do 7º encontro, quando o grupo se configura com menos usuários, observou-se espontaneidade dos presentes em realizar perguntas sobre si mesmos, buscando compreender suas condições clínicas; também interagiram entre si, no intuito de se conhecerem e possivelmente, se identificarem; e realizaram autorrevelações significativas, do ponto de vista para estabilidade e instabilidade dos sintomas de cada um. Pinto *et al*. (2007) explicam que o grupo terapêutico objetiva construir um espaço de relações e reflexões sobre si mesmo e o outro. Proporciona o protagonismo do usuário em seu tratamento, por meio da assimilação de sua condição, sofrimentos e atitudes, o levando a ressignificação das posições que ocupa. Para pacientes regressivos ou rigidamente defensivos, o grupo abre espaço para a formação de vínculos saudáveis, de confiança e respeito. Para os profissionais, observar a dinâmica em grupo dos usuários e presenciar como foram constituídas as formas deles interagirem com o outro. Conforme Pinto *et al*. (2007), a separação para esses pacientes pode ser uma experiência traumática caso não tenham ocorridos comunicados e a preparação do grupo com a saída de um integrante. Winnicott estabelece em sua obra que o ambiente é parte essencial no tratamento, no qual provê as necessidades dos pacientes e proporciona seu desenvolvimento, seguindo seu ritmo. O espaço terapêutico

possibilita que a falha do início do desenvolvimento possa ser ressignificada (Ronchi & Avellar, 2010). A proposta de trabalho é fundada na restituição dos laços afetivos e sociais, sustentando o desejo do usuário, em direção à estabilidade dos sintomas (Custódio *et al*. 2020). Na teoria de Winnicott, a previsibilidade e a estabilidade são necessárias para o desenvolvimento humano, nomeando de *holding* o suporte físico e emocional para a formação da personalidade. "Confiança, fidedignidade, estabilidade, continuidade" (Santos & Casetto, 2022, p. 1066), são termos relacionados ao *holding*, à maternagem, em paralelo ao acolhimento que o usuário no CAPSi pode se beneficiar. Quanto ao conceito de handling, relacionado à adaptação participativa das necessidades do bebê, e sua gradual diminuição conforme o desenvolvimento da autonomia dentro de um ambiente dinâmico, relaciona-se ao trabalho no CAPSi, por meio da reabilitação psicossocial. E o conceito de espaço potencial, um local propício a experiência, que promove a separação entre mãe-filho e os torna independentes, que no contexto do CAPSi, o espaço potencial possibilita a oportunidade do usuário vincular-se ao serviço e compreender que o ambiente suporta os ataques de sua desorganização (Santos & Casetto, 2022).

Manejo de crises

Transversalmente, a facilitadora sustentava uma postura paciente durante o grupo e incentivava ao residente mantê-la, como parte essencial do manejo clínico dos usuários, compreendendo o tempo de elaboração de cada jovem e permitindo manter a estrutura do grupo coesa. A facilitadora realizava movimentos lentificados, evitava promover sustos, falava em tom baixo de voz, permitia os usuários irem ao banheiro quantas vezes fossem necessárias, como nos 2º e 5º encontros, quando manuseavam argila. Entre o 2º e 4º encontros tratou-se sobre o manejo de crises de ansiedade, devido ao comportamento e a verbalização do sentimento de ansiedade de Carlos. Dessa forma, abordou-se sobre recursos de enfrentamento à ansiedade, como ouvir música com fones de ouvido, realizar atividades manuais e caminhar. Essa última estratégia foi adotada pelo usuário durante os encontros. Constatou-se que após seu caminhar pelo quintal do CAPSi – supervisionado de forma distante pelos profissionais –, ele retornava ao grupo se propondo a participar da atividade, porém seu discurso apresentava delírio relacionado a "algo está desconectado no meu cérebro" e solicitava "realizar um exame na cabeça". Dalgalarrondo (2019) classifica este sintoma como "distúrbios da vivência do eu", na categoria "vivências do fabricado", na qual o sujeito refere a experiência de ser influenciado nos seus comportamentos, vontades ou pensamentos por um objeto fabricado imposto por fora. Devido à crise, a TR foi comunicada, dessa forma, a partir do 3º encontro seu PTS foi atualizado para: atendimento de TR com a mãe do usuário, a fim de verificar seu comportamento dentro de casa; agendar consulta com a psiquiatra; comunicar à UBS de referência a condição do usuário e articular o agendamento de eletroencefalograma; avaliação social com a assistente social, pois a mãe buscava por garantir os benefícios ao filho; e no grupo abordar sobre a temática da ansiedade e seus desdobramentos. Como resultado, a dosagem da medicação foi alterada; em cerca de um mês, o exame foi realizado, concretizando ao usuário que não havia algo da ordem fisiológica que lhe apresentasse risco com seu cérebro; no 5º encontro observou-se melhora dos sintomas; no 6º encontro o residente retoma os objetivos terapêuticos com o usuário, explicando a necessidade da medicação e das demais estratégias que promovem a estabilidade; no 7º encontro realizou-se monitoramento com a mãe, constatando melhora dos sintomas também em casa. A partir desses manejos, observou-se a formação de vínculo entre facilitadores e usuário, destacando o momento do lanche, em que o residente preparava o café com leite da forma que o usuário preferia. No 5º encontro, Lucio apresentou interação verbalizada com suas vozes, evidenciando risos. Como explicado pelos usuários, eles não deixam de ouvi-las, porém a interação que realizam é no ambiente privado de suas mentes. Entretanto, a manifestação de resposta verbal preocupou os profissionais. Além da verbalização, transferencialmente o usuário projetou no residente algo, até o momento indefinido. O usuário foi incentivado a reproduzir a fala de suas vozes, mas preferiu não expor. Ele sugeriu no encontro seguinte cozinhar macarrão com salsicha, porém não compareceu. No 7º encontro, evidenciou novamente crise, pois sua interação com as vozes estava intensificada, com humor instável e recusa de participar da atividade. Os profissionais o incentivaram a expor seus pensamentos ou o discurso das vozes, investigaram se ele passou por evento traumático recente e como estava a adesão ao tratamento medicamentoso. Para estabilidade do grupo, devido a sua baixa responsividade, foi perguntado se ele tinha interesse em

continuar na atividade, e ele optou por encerrar sua participação naquele dia. Dessa forma, os profissionais conversaram com a mãe e comunicaram à TR. Com a mãe, realizou-se psicoeducação sobre o sintoma e o tratamento medicamentoso. Este usuário ausentou-se do grupo a partir do 8º encontro, onde Roberto cita de forma sutil ideias de morte e morrer, e no 9º encontro, repete o discurso de morte, porém em vias de elaboração. Identificada possível crise, os profissionais buscaram manejá-la durante o grupo, dando espaço ao discurso delirante de "matar a mãe" e ao seu sofrimento, explorando o planejamento de suicídio, as condições do contexto social e a rede de apoio. Em seguida, comunicaram à TR sobre a condição do usuário. Segundo Mäder e Holanda (2024), o arranjo assistencial do CAPSi são os serviços que formam a rede de atenção psicossocial, além das ações que os profissionais realizam em seu trabalho. A postura receptiva diante do sofrimento psíquico do profissional e sua participação ativa na construção das ofertas terapêuticas torna-se fundamental para se opor ao modelo manicomial, dessa forma alterando não somente o ambiente, mas a forma de acolher o usuário que sofre. Os arranjos assistenciais são promovidos com base nas qualificações, disposição e capacidade de acolhimento da equipe multiprofissional. A oferta dos grupos é o reflexo da condição de saúde mental no qual o CAPSi está inserido. Além disso, o acolhimento, atendimentos individuais, oficinas e adesão ao tratamento medicamentoso, junto das reuniões de equipe (com todos os profissionais da assistência), de miniequipe (entre os integrantes das equipes da manhã e tarde) e de núcleo profissional (entre as categorias profissionais) compõem o arranjo assistencial do serviço (Mäder & Holanda, 2024). Ronchi e Avellar (2010) afirmam que a circulação de diversos profissionais em um CAPSi promove aos usuários a possibilidade de experienciar um ambiente confiável e previsível, em que podem se sentir acolhidos e cuidados.

Técnica

No 2º e 5º encontros foram propostas a expressão com argila. Observou-se os usuários explorando o material, aplicando pouca ou muita água, assim como força e pressão, experimentando a sensação que a argila proporciona. As produções foram diversas, formas espirais, um triângulo, um cinzeiro, um pastel, um gato e objetos disformes. Destaca-se o monstro que Alessandra fez, nomeando-o de "vazio", sendo uma figura de tronco engordado, braços, cabeça, sem pernas, com vários furos feitos com palito de churrasco que foram pressionados de forma a não atravessar o corpo, criando textura. Quando perguntado o motivo do nome, respondeu "eu me sinto assim", e ao final, quis levar seu monstro para casa. No 6º encontro, foi realizada a oficina de culinária, quando os usuários cozinharam macarrão com salsicha, sendo uma estratégia de reabilitação psicossocial. Nesse dia, o espaço da cozinha ficou reservado ao grupo, a equipe evitou transitar no ambiente, respeitando o espaço dos usuários, mantendo-os seguro. Na ocasião, estavam presentes três usuários. Os profissionais disponibilizaram os ingredientes e acompanharam todos os processos da cozinha, dividindo as tarefas entre eles. Evidenciou-se que os adolescentes demonstraram maior interesse, curiosidade e empenho na atividade. Enquanto o refogado era preparado, os jovens ficaram próximos ao fogão, observando a transformação do alimento; no manuseio das facas, os profissionais permaneceram próximos, realizando orientações; também eram explicadas as propriedades dos alimentos, seus benefícios e malefícios. Dentro do espaço da cozinha, os usuários interagiram entre eles e com os profissionais. No momento de compartilhar a refeição, todos repetiram o prato e sorriam, quiseram registrar por fotografia o momento e elogiaram a comida que eles fizeram. A partir do 2º encontro, Carlos trouxe o discurso, "havia passado 20 minutos" desde o início do grupo, aparentando ser uma marca pessoal temporal de suportabilidade de sua permanência. Os profissionais manejaram essa demanda de forma a incentivar sua participação até o momento do lanche. Na oficina de culinária, ele afirma que "sentiu o tempo passar mais rápido", e os demais concordaram. Destaca-se que esse discurso foi mitigado a partir do 6º encontro. Para Winnicott, a criatividade é um elemento fundamental na formação da subjetividade humana. Criar é uma função organizadora, pois estrutura a forma de lidar com as realidades interna, externa e a experienciada; promove a descoberta, o encontro, o usuário recupera algo de si. Para o autor, é por meio da percepção criativa que o usuário tem a sensação de poder viver a sua vida (Fonseca *et al*., 2013). É importante oferecer aos usuários materiais manipuláveis, como tintas, lápis, argila etc. que vão de encontro com suas necessidades, proporcionando espaço de regressão de criar a realidade. As atividades no grupo precisam de regras e limites, para poder

promover o engajamento e o enquadre mínimo para poder realizá-las (Ronchi & Avellar, 2010). Segundo Custódio *et al*. (2020), o grupo terapêutico, em especial quando há atividades expressivas, é um recurso importante na estabilização dos sintomas. O grupo pode construir um lugar no qual o sujeito possa lidar com seus conteúdos pessoais, por meio da manipulação dos materiais e externalizar sua subjetividade, favorecendo a estabilização da crise. Evidenciou-se em toda a experiência com o grupo, o uso de autorrevelação pela facilitadora com o objetivo de formação de vínculo. Seu uso ocorria em seguida ao acolhimento inicial, quando as respostas se empobreciam. A facilitadora revelava episódios de seu passado, momentos do presente, sua relação com saúde mental, mas mantinha o foco em relatar sobre sua rotina, explicando como realizar atividades do cotidiano, como lavar, cozinhar, passear, estudar e demais atividades. Observou-se que a partir dessa técnica, os usuários engajaram nos diálogos e se vincularam à facilitadora, se tornando uma figura de referência a eles. Do ponto de vista da psicanálise, a autorrevelação ocorre quando o analista apresenta conteúdos pessoais (valores ou sexualidade) ou emergentes da dinâmica do momento (como reconhecimento de erros) ao paciente. Em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, Freud (1912/2006) explica a metáfora do espelho: o analista deve ser opaco, deve mostrar ao paciente nada além daquilo que é apresentado pelo próprio paciente. Dessa forma, evita a reciprocidade ocasionada pelas autorrevelações, e mantém o caráter analítico, e não sugestivo da prática (Sanchez & Serralta, 2019). Atualmente, considera-se que os benefícios do tratamento estão direcionados à figura real do profissional do que a abordagem teórica, sendo o contraponto da posição neutra ortodoxa. Entretanto, deve-se considerar estrategicamente seu uso, avaliando os benefícios, como nos momentos iniciais de conversa, para diminuir a timidez ou a promover sentimentos de esperança; e os riscos, como a percepção de um analista deficiente (Sanchez & Serralta, 2019). Marques (2016) explica que para a terapia em grupo, o uso da autorrevelação pelo analista deve ser pontual, na perspectiva de reforçar a empatia, principalmente nos momentos difíceis e dolorosos. Entretanto, constantemente este recurso é utilizado pelos membros do grupo. Além disso, para pacientes com maior comprometimento em seus aspectos de personalidade, o terapeuta deve-se mostrar mais ativo e real nas relações (Sanchez & Serralta, 2019).

Atuação com a equipe multiprofissional

Durante o estágio no CAPSi, o residente pode participar de momentos estratégicos com a equipe, que compõem o arranjo assistencial do serviço, como as reuniões, quando ocorrem as discussões formais dos casos que precisam de mobilização da rede para sustentar o tratamento. A partir desses momentos, a relação entre residente e equipe foi sendo construída por meio dos posicionamentos e participação nas discussões, facilitando o acesso aos demais membros da equipe e a troca de informações sobre os usuários. Já na experiência com o grupo, a facilitadora manteve uma postura de receptividade e acolhimento, ocupando uma posição de mentora ao transmitir seu conhecimento de articulação de rede, manejo clínico e aplicação de técnicas da terapia ocupacional, com base nos objetivos terapêuticos do grupo. Ferreira e Soares (2021) afirmam que os residentes recém-formados, no início da residência, sentem dificuldades com temáticas da Psicologia da saúde e na articulação com as equipes multiprofissionais. Situação a qual o residente, também recém-formado no início da residência, vivenciou. Entretanto, por ser o segundo ano da residência, o residente desenvolveu habilidades interpessoais e de comunicação para se permitir a participar das equipes de saúde mental. Para Ferreira e Soares (2021), o trabalho em equipe multiprofissional permite olhar o usuário de forma biopsicossocial, atendendo ao princípio da integralidade do SUS, dessa forma as fronteiras entre os núcleos profissionais se sobrepõem, no intuito de complementar o cuidado ao usuário. Rudá (2018) e Reis e Faro (2016) endossam, afirmando que o trabalho em equipes multi, inter e transdisciplinares com o residente torna-se um dos pilares na sua formação. O residente aprende qual é o papel do Psicólogo nos contextos experienciados, seja o hospital ou o CAPSi, demarcando limites e se apropriando de suas responsabilidades. Desenvolve-se nas áreas teórica-técnica, interpessoal e ética-política. A condição de estar como Psicólogo do SUS é se distanciar de um modelo liberal e autônomo e investir numa atuação que articule as questões sociais e as políticas públicas (Lima & Santos, 2012).

Formação do residente

Identificou-se que tanto na formação do bacharelado em Psicologia quanto na especialização

em Psicólogo da Saúde, temáticas como a estrutura psicótica, a esquizofrenia e o sintomas de alucinação auditiva são discutidas de forma breve, não preparando formalmente o profissional para lidar com essa demanda. Pontua-se que no programa de residência não houve aula formal com os demais residentes sobre o manejo com paciente ouvidor de voz ou demais casos em psiquiatria pediátrica. Foram nos momentos de discussão de caso com os preceptores do CAPSi ou com a tutora do programa, as leituras teóricas e as aulas externas à residência sobre a temática, procuradas por iniciativa do residente, que proporcionaram o fortalecimento da prática. Lima e Santos (2012) e Ferreira e Soares (2021) afirmam que habilidades e atitudes são desenvolvidas durante a residência, como elaborar novas tecnologias de cuidado, poder contratual, acordar, tolerar, dialogar, questionar, desenvolver maturidade profissional e atitudes transdisciplinares. Para Rudá (2018) há poucas pesquisas relacionadas à formação do residente de Psicologia. Evidenciou que a residência é uma modalidade de formação excelente em desenvolver habilidades técnicas da Psicologia do campo da saúde pública, devido ao rodízio dos campos de estágio. Neste caso, a atuação do residente ocorreu em um hospital pediátrico, passando por três unidades no primeiro ano (enfermaria e ambulatório de hemato-oncologia, UTI neonatal e UTI cardiológica), além de atendimentos aos casos de violência, emergência e urgência hospitalares; e no segundo ano, nos três CAPSi da cidade (sendo um deles um CAPSi III). A escuta qualificada é a ferramenta que caracteriza o trabalho do Psicólogo da Saúde, sendo compreendida como a habilidade "de manter-se em alerta, ter interesse sobre a fala significativa que remonta à história do sujeito, revelada a partir de seus sentimentos, emoções, desejos e conflitos" (Reis & Faro, p. 63, 2016). O desenvolvimento dessa ferramenta e a inserção no residente nos contextos de saúde são oportunidades privilegiadas, devido ao acesso a esses ambientes (Reis & Faro, 2016).

Considerações finais

Considerar se todos os ouvidores e vozes são esquizofrênicos foi um exercício ativo de reflexão do residente. Buscava compreender qual era a função do fenômeno das vozes para os indivíduos. E se questionava constantemente sobre o diagnóstico de esquizofrenia na adolescência, pautando-se no argumento da estrutura psíquica ainda não estar concluída. Este posicionamento guiou sua prática durante a atuação no grupo. Ao observar a alta no 1º encontro, a partir do discurso do usuário que afirma que por meio do tratamento ofertado conseguiu desenvolver estratégias para lidar com as vozes, possibilitando qualidade de vida, evidencia-se que a atenção psicossocial, quando bem articulada pelo arranjo assistencial, promove os objetivos dos grupos e dos PTS, quando o usuário se torna protagonista de seu tratamento. Pontua-se essas condições para alta, pois para evitar a reprodução do modelo manicomial, o esforço para estabilidade dos sintomas precisa ocorrer de diversos pontos em direção ao paciente. Destaca-se a atuação com a equipe multiprofissional, que constantemente estimulou o residente a refletir e questionar como as relações entre usuário, CAPSi, família, comunidade e estado estão estabelecidas. Ao compreender a complexidade, as limitações e as potencialidades desses adolescentes, políticas públicas foram e são necessárias para garantir a equidade na oferta de serviços de saúde a essas pessoas. Colocar as limitações do texto, parâmetros para uma prática, e exemplos para profissionais que pretendam realizar condutas com ouvidores com vozes adolescentes. Por fim, o próprio interesse do residente em aprender a lidar com casos complexos que envolvam uma possível estrutura psicótica, motivou seu aprofundamento em sua especialização em saúde da criança e do adolescente. Além disso, pode desenvolver habilidades técnicas de manejo e de articulação em rede. O estigma e a exclusão social acompanham esses jovens, e o espaço seguro do grupo pode se tornar um lugar de acolhimento, testemunho e estimulação rumo à independência.

Referências

Brasil. (2016). **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde. https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf.

Cardoso, C. de S. *et al*. (2025). Conviver com as vozes na infância: conteúdo, influência e estratégias de acolhimento. **Revista de Psicologia**, 43(1), 2025, pp. 331-357 (e-ISSN 2223-3733). https://doi.org/10.18800/psico.202501.012.

Custódio, L. L. *et al*. (2020). Atuação da psicanálise na atenção às pessoas com transtorno psicótico atendidas no CAPS: Revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, 6(11), 88635-88650. https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-001

Dalgalarrondo, P. (2019). **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** (3ª ed.). Artmed.

Dias, E. O. (2006). Winnicott e Heidegger: Temporalidade e esquizofrenia. **Winnicott e-prints**, 1(1), 30-50. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2006000100003

Ferreira, I. S. dos S., & Soares, C. T. (2021). Residência multiprofissional em saúde e formação de psicólogos para o SUS. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 41(spe2), 1-14. https://doi.org/10.1590/1982-3703003229045

Fonseca, A. N. da *et al*. (2013). Aplicação da arteterapia com usuários esquizofrênicos de um CAPS a partir da visão winnicottiana. *In:* **Anais do 8º Encontro Internacional de Produção Científica** (pp. 1-4). Editora Cesumar. https://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/4365

Freud, S. (2006). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *In:* **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** (Vol. 12). Imago. (Trabalho original publicado em 1912).

Fuly, J. S. *et al*. (2025). Experiência de ouvir vozes: vivências, estratégias de enfrentamento e apoiadores psicossociais em indivíduos com transtornos psicóticos. (2025). **Cognitus Interdisciplinary Journal**, 2(1), 119-128. https://doi.org/10.71248/4h2h1v97.

Kantorski, L. P. *et al*. (2017). Grupos de ouvidores de vozes: Estratégias e enfrentamentos. **Saúde Debate**, 41(115), 1143-1155. https://doi.org/10.1590/0103-1104201711504

Lima, M., & Santos, L. (2012). Formação de psicólogos em residência multiprofissional: Transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 32(1), 126-141. https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000100010

Mäder, B. J. (2015). **Mapeamento da rede de atenção à saúde mental do litoral do Paraná** (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná). Repositório Institucional da UFPR. https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/38400

Mäder, B. J., & Holanda, A. F. (2024). Arranjos assistenciais em uma rede de atenção psicossocial no sul do Brasil. **Psicologia em Estudo**, 29. https://doi.org/10.4025/psicolestud.v29i0.XXXXX

Marques, P. M. B. da M. (2016). O modelo da escola portuguesa de grupanálise: Aspectos integrativos e evolução no contexto de uma investigação conceptual-empírica sobre a matriz grupanalítica. **Vínculo – Revista do NESME**, 13(2), 1-12. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902016000200002

Mussi, R. F. de F *et al*. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista Práxis Educacional**, 17(48), 60-77. https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010

Pavani, F. M. *et al*. (2021). A clínica no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil: na adolescência, o diagnóstico se escreve a lápis. **Saúde debate**, 45 (128) • Jan-Mar 2021. https://doi.org/10.1590/0103-1104202112809

Pereira, C. A., & Berlink, L. C. (2006). Pensamento winnicottiano acerca da esquizofrenia infantil. **Psicologia América Latina**, 8. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400006

Pinto, C. S. B. *et al*. (2007). Uma experiência em grupo terapêutico - CAPS I. **Revista Ciências Humanas**, 8(11), 127-141. https://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/view/364.

Reis, B. A. O., & Faro, A. (2016). A residência multiprofissional e a formação do psicólogo da saúde: Um relato de experiência. **Revista Psicologia e Saúde**, 8(1), 62-70. https://doi.org/10.20435/2177-093X-2016-v8-n1(62-70)

Ronchi, J. P., & Avellar, L. Z. (2010). Saúde mental da criança e do adolescente: A experiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, 12(1), 71-84. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872010000100007&script=sci_abstract

Rudá, C. (2018). A residência como modalidade de formação em psicologia no Brasil: Uma revisão integrativa da literatura. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, 7(3), 442-452. https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v7i3.1964

Sanchez, L. F., & Serralta, F. B. (2019). Contratransferência: Origem, evolução histórica do conceito e aplicabilidade clínica. **Aletheia**, 52(2), 147-156. https://doi.org/10.29327/226091.52.2-12

Santos, A. B. dos, & Casetto, S. J. (2022). O CAPS como espaço potencial: Diálogos com a teoria winnicottiana. **Saúde Debate,** 46(135), 1063-1076. https://doi.org/10.1590/0103-1104202213504

Tengan, S. K., & Maia, A. K. (2004). Psicoses funcionais na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, 80(2). https://doi.org/10.2223/JPED.1167

Tosta, L. R. de O. *et al*. (2016). O relato de experiência profissional e sua veiculação na ciência psicológica. **Clínica & Cultura**, 2(1), 62-73. https://periodicos.ufs.br/clinicaecultura/article/view/6016