www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/7xekvh85

Escuta clínica no acolhimento de mulheres em sofrimento emocional: vínculo terapêutico, autonomia e determinantes sociais

Clinical listening in the care of women experiencing emotional distress: therapeutic alliance, autonomy, and social determinants

Maria Elizangela Oliveira da Silva Mota[1]

RESUMO

O artigo analisa a contribuição da escuta clínica para o acolhimento de mulheres em sofrimento emocional, com ênfase na construção do vínculo terapêutico, na elaboração subjetiva, na autonomia e no reconhecimento dos determinantes sociais. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, qualitativa e exploratório-descritiva, fundamentada em obras da Psicologia Clínica, documentos profissionais e estudos sobre acolhimento, atenção psicossocial, gênero e saúde mental da mulher. A análise temática foi estruturada em três eixos: qualidade ética e relacional da presença profissional; vínculo terapêutico, elaboração subjetiva e participação no cuidado; e sofrimento emocional feminino em sua relação com desigualdades de gênero, violência, sobrecarga de responsabilidades e processos de silenciamento. A literatura examinada caracteriza a escuta qualificada como uma prática técnica, ética e situada, sustentada por empatia, respeito, sigilo e atenção à singularidade. Os estudos também indicam que espaços seguros de fala podem favorecer a nomeação do sofrimento, a ressignificação de experiências e o reconhecimento de recursos pessoais e relacionais. Conclui-se que a escuta clínica qualifica o acolhimento quando articula segurança relacional, participação da mulher nas decisões terapêuticas e compreensão crítica de suas condições de vida, oferecendo fundamento para intervenções responsáveis e centradas na singularidade.

Palavras-chave: Escuta clínica. Acolhimento psicológico. Saúde mental da mulher. Vínculo terapêutico. Determinantes sociais.

[1] Mestranda em Psicologia Clínica pela Ivy Enber Christian University. E-mail: elizangela302014@gmail.com

ABSTRACT

This article analyzes the contribution of clinical listening to the provision of care for women experiencing emotional distress, emphasizing the development of the therapeutic alliance, subjective processing, autonomy, and the recognition of social determinants. This is a qualitative, exploratory-descriptive bibliographic study based on works in Clinical Psychology, professional guidelines, and studies addressing supportive care, psychosocial care, gender, and women's mental health. The thematic analysis was structured around three main areas: the ethical and relational quality of professional presence; the therapeutic alliance, subjective processing, and participation in care; and women's emotional distress in relation to gender inequalities, violence, the burden of responsibilities, and processes of silencing. The literature reviewed characterizes qualified listening as a technical, ethical, and context-sensitive practice grounded in empathy, respect, confidentiality, and attention to individual uniqueness. Studies also indicate that safe spaces for expression can facilitate the articulation of emotional distress, the reinterpretation of experiences, and the recognition of personal and relational resources. It is concluded that clinical listening enhances the quality of care when it integrates relational safety, women's participation in therapeutic decision-making, and a critical understanding of their living conditions, providing a foundation for responsible interventions centered on individual needs and experiences.
Keywords: Clinical Listening. Psychological Support. Women's Mental Health. Therapeutic Alliance. Social Determinants.

1 INTRODUÇÃO

A Psicologia Clínica dedica-se à compreensão do sofrimento humano em suas dimensões subjetiva, relacional, social e histórica. Nesse campo, a escuta clínica ocupa posição central porque oferece condições para que a pessoa atendida expresse conflitos, afetos, angústias e sentidos atribuídos à própria trajetória. Mais do que receber informações, escutar clinicamente implica disponibilidade, responsabilidade ética e atenção ao modo singular como cada sujeito organiza e comunica sua experiência (Bleger, 1984; Rogers, 1997).

No acolhimento de mulheres em sofrimento emocional, a escuta clínica permite compreender como a experiência subjetiva se constitui em relação às condições sociais de vida. Queixas como ansiedade, tristeza, conflitos familiares e dificuldades interpessoais não possuem significado clínico isolado: podem estar relacionadas às responsabilidades de cuidado, às experiências de violência e às desigualdades culturais e econômicas presentes em cada trajetória. Assim, a compreensão clínica deve integrar singularidade e contexto, evitando explicações exclusivamente individuais para processos que também afetam a saúde mental em sua dimensão social (Minayo; Deslandes; Gomes, 2009; Pinheiro et al., 2022).

Diante desse contexto, o estudo busca responder à seguinte questão: de que maneira a escuta clínica contribui para o acolhimento psicológico de mulheres em sofrimento emocional? Seu objetivo geral é analisar essa contribuição, examinando como a escuta favorece a construção do vínculo terapêutico, a expressão subjetiva, a elaboração de experiências e a participação da mulher no próprio cuidado.

A investigação amplia a reflexão sobre práticas clínicas humanizadas e sensíveis às especificidades das experiências femininas (Conselho Federal de Psicologia, 2005; Pinheiro et al., 2022).

Para responder ao problema, realizou-se uma revisão bibliográfica qualitativa que articula contribuições da Psicologia Clínica, da Abordagem Centrada na Pessoa, da saúde mental e dos estudos sobre gênero e cuidado. A discussão examina a qualidade ética e relacional da presença profissional, o vínculo terapêutico como suporte à elaboração subjetiva e à autonomia e os determinantes sociais associados ao sofrimento emocional feminino. A análise demonstra que a articulação entre esses três eixos qualifica o acolhimento e sustenta práticas comprometidas com a dignidade, a autonomia e a singularidade de cada mulher (Rogers, 1997; Conselho Federal de Psicologia, 2005; Pinheiro et al., 2022).

2 METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo. O corpus reuniu livros, artigos científicos e documentos institucionais sobre Psicologia Clínica, escuta clínica, acolhimento psicológico, vínculo terapêutico, sofrimento emocional e saúde mental da mulher. As buscas foram realizadas entre janeiro e agosto de 2026 nas bases SciELO, PePSIC e BVS-Psi e no Google Acadêmico, mediante combinações dos termos “escuta clínica”, “acolhimento psicológico”, “sofrimento emocional”, “saúde mental da mulher” e “vínculo terapêutico”. Foram priorizadas publicações em língua portuguesa e obras clássicas diretamente relacionadas ao problema e aos objetivos da pesquisa.

Após o levantamento inicial, realizou-se uma leitura seletiva para verificar a pertinência das fontes ao problema e aos objetivos da pesquisa, seguida de uma leitura analítica de suas contribuições teóricas ou empíricas (Gil, 2002). Foram incluídas publicações relacionadas a pelo menos um dos três eixos de interpretação; materiais duplicados ou sem relação direta com o recorte temático foram excluídos. Os achados das fontes selecionadas foram, então, agrupados em três eixos: escuta clínica e qualidade da presença profissional; vínculo terapêutico, elaboração subjetiva e autonomia; e sofrimento emocional feminino e determinantes sociais. A pesquisa utilizou exclusivamente fontes públicas, sem a participação de pessoas, o uso de imagens ou o tratamento de dados pessoais.

A análise temática ocorreu mediante a identificação, o agrupamento e a comparação de núcleos de sentido recorrentes nas fontes selecionadas. As categorias foram construídas a partir da convergência entre o problema de pesquisa, os objetivos do estudo e os conteúdos encontrados na leitura analítica, preservando-se as diferenças teóricas e contextuais entre as

publicações.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Escuta clínica: fundamentos éticos e relacionais

A escuta torna-se clínica quando acompanha os sentidos produzidos pela pessoa no encontro, e não apenas as informações comunicadas. Essa postura exige atenção às palavras, às pausas, às mudanças de tom, às contradições e aos afetos que emergem na relação, sem convertê-los em interpretações precipitadas. Também pressupõe a suspensão de julgamentos, o reconhecimento dos limites do saber profissional e a construção de hipóteses de maneira dialogada. Assim, a fala da mulher é compreendida como expressão de uma história singular, constituída por vínculos, expectativas sociais e condições concretas de vida (Bleger, 1984; Rogers, 1997).

Essa disponibilidade precisa estar vinculada a parâmetros éticos. O sigilo, o respeito à autonomia e a delimitação do enquadre protegem a pessoa atendida e conferem responsabilidade ao processo. O Código de Ética Profissional do Psicólogo orienta a promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade, bem como o enfrentamento da negligência, da discriminação e da violência. No acolhimento, tais princípios impedem que a mulher seja culpabilizada pelo sofrimento e asseguram sua participação nas decisões sobre o cuidado. Portanto, acolher envolve mais do que cordialidade: requer compromisso técnico, clareza sobre os limites da atuação e respeito aos direitos da pessoa atendida (Conselho Federal de Psicologia, 2005).

Nesse quadro, a escuta clínica e o acolhimento são conceitos distintos, porém interdependentes. O acolhimento corresponde ao reconhecimento inicial da demanda e à construção das condições de cuidado; a escuta qualificada é a atitude técnica e relacional que permite compreender e acompanhar a experiência narrada. O primeiro estabelece segurança e disponibilidade para o encontro, enquanto a segunda aprofunda a compreensão dos conteúdos manifestos e dos sentidos produzidos na relação. Sua articulação sustenta uma prática baseada no respeito à singularidade, no sigilo e na responsabilidade profissional.

3.2 Vínculo terapêutico, empatia e autonomia

O vínculo terapêutico oferece a base de segurança necessária para que a experiência emocional seja comunicada e examinada. Na Abordagem Centrada na Pessoa, a empatia, a aceitação positiva incondicional e a autenticidade configuram o clima relacional do atendimento. A empatia aproxima o profissional do mundo vivido sem confusão de papéis; a aceitação preserva a dignidade diante de conflitos e ambivalências; e a autenticidade requer uma presença coerente e responsável. Em conjunto, essas condições reduzem a distância hierárquica e favorecem a elaboração das experiências (Rogers, 1997; Moreira, 2010).

Essa base de confiança adquire relevância particular quando a trajetória inclui desqualificação da fala, controle, violência ou outras experiências de não reconhecimento. O vínculo não elimina de imediato o medo, a vergonha e a dificuldade de nomear acontecimentos dolorosos, mas oferece continuidade para que esses conteúdos sejam abordados no ritmo possível. Respeitar silêncios e hesitações evita transformar a ausência momentânea de narrativa em falta de colaboração. A segurança relacional é construída pela previsibilidade do enquadre, pela confidencialidade e pela validação da experiência, sem reforçar posições de passividade.

A autonomia, por sua vez, não equivale a responsabilizar individualmente a mulher pela superação de condições adversas. Ela envolve reconhecer sua capacidade de interpretar a própria experiência, avaliar alternativas e participar das decisões terapêuticas. Cabe ao profissional apoiar a ampliação da consciência e dos recursos de enfrentamento, sem substituir a escolha da pessoa atendida por respostas prontas. Vínculo e autonomia, portanto, complementam-se quando a relação clínica não reproduz tutela, controle ou silenciamento (Rogers, 1997; Macedo; Souza, 2021).

Essas condições relacionais concretizam, no encontro clínico, os princípios profissionais de dignidade, liberdade, igualdade e integridade, articulando a teoria humanista às responsabilidades éticas da atuação psicológica (Conselho Federal de Psicologia, 2005).

Na perspectiva rogeriana, esse vínculo favorece o contato com as próprias vivências e a elaboração de novas possibilidades de existência. A escuta empática não dirige a experiência nem determina previamente seus significados; ela oferece um ambiente no qual a pessoa pode reconhecer sentimentos, formular compreensões e ampliar sua participação no processo terapêutico (Rogers, 1997; Moreira, 2010).

3.3 Sofrimento emocional feminino e determinantes sociais

A compreensão do sofrimento emocional feminino exige evitar explicações que o reduzam a características individuais ou, no extremo oposto, tratem todas as mulheres como portadoras da mesma experiência. A análise clínica precisa relacionar singularidade e contexto, investigando como o gênero, as condições econômicas, as redes de apoio, as responsabilidades de cuidado e as experiências de violência assumem sentidos próprios em cada trajetória (Minayo; Deslandes; Gomes, 2009; Pinheiro et al., 2022).

A concentração de tarefas domésticas e de cuidado pode contribuir para o cansaço persistente, a sensação de insuficiência e a diminuição do tempo de descanso. Esses efeitos, contudo, não devem ser presumidos. É necessário compreender como cada mulher percebe suas responsabilidades, quais apoios estão disponíveis e que conflitos existem entre suas necessidades e as expectativas familiares ou sociais. Essa contextualização ajuda a diferenciar demandas subjetivas, situações de risco e problemas que exigem articulação com outros serviços.

Quando o relato envolve violência ou silenciamento, a atenção ao ritmo e à segurança torna-se prioritária. Validar o sofrimento sem impor decisões permite reconhecer que fatores afetivos, econômicos e sociais podem restringir escolhas imediatas. A escuta contribui para organizar narrativas fragmentadas, identificar violências naturalizadas e fortalecer a percepção de direitos. Simultaneamente, o profissional deve reconhecer os limites do atendimento e acionar a rede de proteção quando necessário, conforme as normas éticas aplicáveis (Conselho Federal de Psicologia, 2005; Pinheiro et al., 2022).

Desigualdades de gênero, sobrecarga de cuidado, violência, expectativas sociais e conflitos afetivos aparecem na literatura como fatores capazes de produzir ou intensificar o sofrimento psíquico. Eles ampliam as hipóteses clínicas, mas não substituem a investigação individual. Sua consideração permite evitar tanto a individualização de problemas coletivos quanto as generalizações que apagam a singularidade da mulher atendida (Pinheiro et al., 2022).

A partir dessas contribuições, o referencial integra três dimensões: a qualidade da presença profissional, a função do vínculo na elaboração e na autonomia e o reconhecimento dos determinantes sociais. Essa estrutura orienta a análise a seguir e permite examinar técnica, relação e contexto como aspectos complementares do acolhimento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Integração dos achados e alcance da revisão

A comparação das fontes revela uma convergência em torno de uma ideia central: o acolhimento não se qualifica apenas pela existência de um espaço formal, mas pelo modo como a relação é construída. As obras de Psicologia Clínica enfatizam a postura do terapeuta; os estudos em atenção psicossocial e saúde da mulher acrescentam o contexto institucional e social. Reunidas, essas contribuições apresentam a escuta como uma prática técnica, ética e situada, sem atribuir a uma única abordagem todas as respostas para o sofrimento emocional (Rogers, 1997; Maynart et al., 2014; Pinheiro et al., 2022).

A heterogeneidade das fontes impede a comparação direta de resultados ou o estabelecimento de relações causais. Ainda assim, a recorrência de elementos como presença não julgadora, vínculo, possibilidade de fala e reconhecimento das condições sociais oferece uma base para discutir princípios do cuidado. Os resultados são interpretados, portanto, como uma síntese analítica de elementos associados pela literatura à qualificação do acolhimento, e não como uma comprovação de eficácia clínica.

Com esse alcance delimitado, a discussão retoma os três eixos construídos na análise temática. Cada eixo examina uma função específica da escuta e, ao mesmo tempo, suas relações com os demais: a presença profissional favorece o vínculo; o vínculo sustenta a elaboração; e a compreensão do contexto social orienta intervenções compatíveis com a realidade da mulher.

4.2 Primeiro eixo: qualidade da presença profissional

O primeiro eixo diferencia a simples recepção do relato da escuta clinicamente qualificada. Esta envolve atenção, comunicação empática e construção compartilhada do sentido da demanda. No contexto da atenção psicossocial, Maynart et al. (2014) associam a escuta qualificada ao reconhecimento das necessidades e à produção do cuidado. Esse resultado dialoga com Rogers (1997), para quem a qualidade da presença relacional cria condições facilitadoras de mudança.

A qualidade da presença também depende do manejo das intervenções. Perguntas, reformulações e silêncios precisam corresponder ao momento da pessoa atendida. Perguntas excessivas podem transformar o encontro em um interrogatório, enquanto interpretações precoces sobrepõem o saber profissional ao significado construído pela mulher. O equilíbrio consiste em oferecer continência e organização sem dirigir rigidamente a narrativa.

Os estudos indicam, ainda, que a ausência dessa atitude pode produzir frustração e reforçar experiências de invisibilidade. Logo, o potencial terapêutico não decorre apenas da disponibilidade do atendimento, mas de uma presença capaz de reconhecer a demanda, acompanhar afetos e estabelecer um diálogo sem julgamento (Maynart et al., 2014). O primeiro eixo demonstra, assim, que técnica e ética se concretizam na forma de estar com a pessoa atendida.

4.3 Segundo eixo: elaboração subjetiva e participação no cuidado

No segundo eixo, elaborar não significa apenas relatar acontecimentos, mas organizar afetos, lembranças e significados. A narrativa em um ambiente protegido permite relacionar experiências anteriores, conflitos atuais e estratégias de enfrentamento. Em grupos de mulheres, Macedo e Souza (2021) vinculam os espaços de fala e escuta à ressignificação das experiências e à abertura de novas possibilidades. Embora o contexto grupal difira do atendimento individual, o estudo evidencia o valor do reconhecimento mútuo e da circulação da palavra.

Essa elaboração articula-se à participação no cuidado quando os objetivos terapêuticos são discutidos e revistos em conjunto. A escuta amplia a compreensão da queixa inicial sem desautorizá-la e ajuda a identificar prioridades, limites e estratégias compatíveis com a realidade vivida. O cuidado deixa, então, de ser realizado sobre a pessoa e passa a ser construído com ela, preservando-se a responsabilidade técnica do profissional.

Nessa perspectiva, a segurança relacional e a autonomia reforçam-se mutuamente. Empatia, autenticidade e respeito criam condições para narrar acontecimentos dolorosos, nomear sentimentos e reconhecer recursos próprios. O vínculo funciona como suporte contínuo para decisões mais conscientes, e não como mecanismo de dependência ou tutela (Rogers, 1997; Macedo; Souza, 2021).

O vínculo assume, portanto, uma função processual: sustenta a exploração da experiência e cria condições para que a mulher participe ativamente da construção do cuidado.

4.4 Terceiro eixo: contexto social, gênero e redes de cuidado

O terceiro eixo mostra que manifestações semelhantes podem adquirir sentidos diferentes conforme as condições de vida. Ansiedade, tristeza e exaustão podem estar relacionadas a perdas, conflitos afetivos, insegurança econômica, violência ou acúmulo de responsabilidades. Em histórias de mulheres atendidas na Atenção Básica, Pinheiro et al. (2022) evidenciam como práticas sociais de desvalorização e silenciamento atravessam o sofrimento psíquico. Esse dado reforça a necessidade de investigar o significado de cada manifestação, evitando associações automáticas.

Reconhecer os determinantes sociais amplia a compreensão da demanda e pode indicar a necessidade de articulação com serviços de saúde, assistência social ou proteção. Essa articulação não diminui a função da clínica; ao contrário, evita que problemas complexos sejam tratados como incapacidade pessoal. Os encaminhamentos devem ser explicados e construídos por meio do diálogo, preservando-se a participação da mulher e observando-se os deveres éticos e as condições de segurança.

As redes de apoio constituem outro elemento relevante. Mapear vínculos significativos permite identificar relações protetivas, fontes de conflito e possíveis riscos, sem presumir que toda rede familiar seja benéfica. Ao considerar os apoios efetivamente disponíveis, o profissional pode formular intervenções mais realistas e evitar atribuir somente à mulher mudanças que também dependem de condições coletivas.

O eixo evidencia, assim, que desigualdades de gênero, violência, sobrecarga do cuidado e expectativas sociais devem ser examinadas como condições que atravessam a experiência, mas não a predeterminam. A análise contextual evita naturalizar relações de opressão e reduz interpretações culpabilizantes. Ao mesmo tempo, mantém a singularidade como referência para compreender de que modo cada fator participa da produção ou da intensificação do sofrimento (Pinheiro et al., 2022).

4.5 Implicações para a prática clínica

Da articulação entre os eixos decorrem três exigências para a prática. A primeira é a formação contínua para reconhecer preconceitos, assimetrias de poder e manifestações indiretas de violência. A segunda é a supervisão e a reflexão sobre o manejo em situações que mobilizam intensamente o profissional. A terceira é o conhecimento da rede de serviços do território, para que eventuais encaminhamentos integrem o cuidado, em vez de apenas transferirem a responsabilidade.

Acolher não significa confirmar toda interpretação inicial, mas criar condições para examiná-la sem julgamento. O profissional pode formular perguntas, assinalar contradições e ampliar perspectivas, desde que respeite o tempo e a capacidade decisória da mulher. Essa posição evita tanto a neutralidade indiferente quanto o direcionamento autoritário e combina sensibilidade, fundamentação técnica e disposição para revisar hipóteses (Conselho Federal de Psicologia, 2005; Rogers, 1997).

A prática também é condicionada pelo ambiente institucional. A privacidade, o tempo disponível, a continuidade do acompanhamento e a integração entre profissionais influenciam a qualidade do acolhimento. Valorizar a postura clínica sem considerar esses fatores levaria à responsabilização exclusiva do psicólogo pelos limites do serviço. Situar essas condições permite planejar respostas viáveis e manter a proteção da pessoa atendida como prioridade.

4.6 Limites interpretativos e perspectivas de investigação

A interpretação dos resultados deve considerar a heterogeneidade e o número reduzido de estudos empíricos diretamente voltados ao recorte. Enquanto parte das fontes apresenta formulações teóricas sobre a relação clínica, outra parte descreve serviços e grupos específicos. Os achados representam, portanto, condições recorrentes associadas ao acolhimento, e não evidências universais de resultados terapêuticos.

Outro limite está na amplitude da categoria “mulheres”. Diferenças sociais, econômicas, culturais, geracionais e relacionais afetam a forma de viver, comunicar e enfrentar o sofrimento. A perspectiva de gênero é indispensável para identificar desigualdades, mas não autoriza pressupor a existência de uma experiência feminina única. As categorias sociais devem orientar perguntas clínicas, e não substituir a escuta da pessoa.

Estudos futuros podem incluir mulheres atendidas em contextos diversos, investigar a percepção dos profissionais e analisar o funcionamento das redes de cuidado. Também podem examinar como a privacidade, a continuidade, o vínculo e a participação nas decisões se relacionam com a permanência no acompanhamento e com a avaliação do acolhimento. Esse avanço aproximaria os princípios identificados na revisão das condições concretas da prática.

Em síntese, os três eixos convergem para uma compreensão integrada: a presença profissional cria segurança, o vínculo sustenta a elaboração e a autonomia, e a leitura do contexto social evita a individualização de problemas coletivos. A escuta orientada por essa integração pode ampliar a participação da mulher nas decisões e favorecer o reconhecimento de recursos pessoais e relacionais. Sua realização exige formação contínua, reflexão crítica e responsabilidade ética (Conselho Federal de Psicologia, 2005; Maynart et al., 2014; Pinheiro et al., 2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão indica que a escuta clínica qualifica o acolhimento de mulheres em sofrimento emocional quando articula presença profissional, vínculo terapêutico e compreensão das condições sociais. Essa articulação favorece a expressão de experiências difíceis, a organização de sentidos e a participação da mulher nas decisões sobre o cuidado, sem separar a singularidade dos contextos que atravessam sua trajetória (Rogers, 1997; Maynart et al., 2014; Macedo; Souza, 2021; Pinheiro et al., 2022).

Na prática, a escuta precisa ser atenta, não julgadora e aberta à revisão de hipóteses. Deve apoiar o reconhecimento de recursos próprios e, quando necessário, articular redes de saúde, assistência ou proteção. Considerar desigualdades de gênero, violência, sobrecarga e expectativas culturais evita culpabilizar a mulher ou reduzir problemas coletivos a fragilidades individuais, desde que esses fatores sejam investigados sem apagar a particularidade de cada experiência (Pinheiro et al., 2022).

Por se apoiar em fontes teóricas e em um conjunto restrito de estudos empíricos, o trabalho não avalia diretamente a eficácia da escuta em situações clínicas específicas. Sua contribuição consiste em sistematizar condições éticas, relacionais e contextuais associadas pela literatura à qualidade do acolhimento. Pesquisas futuras poderão examinar essas relações em serviços diversos e com delineamentos que incluam as perspectivas de mulheres atendidas e de profissionais.

Conclui-se, portanto, que a escuta clínica é uma prática simultaneamente relacional e social. Ao combinar segurança, diálogo, autonomia e leitura crítica das condições de vida, ela oferece uma base para intervenções mais responsáveis e centradas na singularidade de cada mulher.

REFERÊNCIAS

BLEGER, José. **Psicologia da conduta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, DF: CFP, 2005. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf. Acesso em: 22 out. 2026.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MACEDO, Cintia Regina de Oliveira; SOUZA, Vaniele Silva. Grupo de mulheres: um lugar de escuta clínica para mulheres em um centro de atenção psicossocial. **Vínculo**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 1-12, maio/ago. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v18nesp.p544-564. Acesso em: 22 out. 2026.

MAYNART, Willams Henrique da Costa; ALBUQUERQUE, Maria Cícera dos Santos de; BRÊDA, Mércia Zeviani; JORGE, Jorgina Sales. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-0194201400051. Acesso em: 22 out. 2026.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOREIRA, Virginia. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, out./dez. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011. Acesso em: 22 out. 2026.

PINHEIRO, Eslia Maria Nunes; SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; RAMALHO, Dayse Catão; SÁ, Aralinda Nogueira Pinto. “Eu me sentia um nada”: história oral de mulheres em sofrimento psíquico na Atenção Básica sob uma perspectiva de gênero e a repercussão de práticas integrativas e complementares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e320108, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320108. Acesso em: 22 out. 2026.

ROGERS, Carl R. **Tornar-se pessoa**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.