A FUNÇÃO VITALIZADORA DO ANALISTA NO *SETTING* TERAPÊUTICO

Autores: Debora Moreira Sodré Coelho Grein, Prof. Dr. Lauro Take Tomo Veloso.

Universidade do Vale do Paraíba/Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, Avenida Shishima Hifumi, 2911, Urbanova - 12244-000 - São José dos Campos-SP, Brasil, debora.grein.psi@gmail.com, lauro.taketomo@gmail.com.

Resumo
Este artigo foca na função vitalizadora do analista, conceito criado por Fatima Florido e Marina Ribeiro e reiterado por Luís Cláudio Figueiredo, para designar uma atitude do analista em favorecer mudanças na forma como o paciente vivencia a si mesmo e suas experiências. Parte-se da compreensão de que a vida psíquica se constitui nas relações e de que certas experiências, por falta de acolhimento ou de recursos de elaboração, permanecem sem representação simbólica, revelando-se sob a forma de sintomas, comportamentos repetitivos ou sentimentos de vazio. Nesse cenário, a função vitalizadora consiste na possibilidade de o analista, por sua presença, comunicação e capacidade de continência, favorecer a retomada do movimento psíquico quando o processo terapêutico parece paralisado. Dialogando brevemente, dentre outros, com o conceito de terceiro analítico, de Thomas Ogden, discutindo essa transformação construída no encontro entre analista e paciente. Conclui-se que a função vitalizadora traduz a dimensão viva e relacional da clínica, na qual o sofrimento encontra espaço para ser sentido, compreendido e transformado em novas possibilidades de existência.
Palavras-chave: Função Vitalizadora do Analista. Psicanálise. *Setting* terapêutico.

Área do Conhecimento: Ciências Humanas (Psicologia).

Introdução

A busca por terapia é a resultante única de uma pluralidade de motivos que levam um indivíduo a procurá-la. Diante dessa diversidade de demandas e constituições psíquicas, o preparo do analista se inicia muito antes do encontro clínico, sustentado pelo tripé formativo em Psicanálise: fundamentação teórica, análise pessoal e supervisão. Além dessa formação, há algo que anima e impulsiona a escuta analítica: a alteridade, compreendida como o respeito à singularidade do outro e o reconhecimento de suas diferenças, e a curiosidade, entendida como o desejo humano de aprender, explorar e inovar. É a partir desses fundamentos que Fátima Florido e Marina Ribeiro nomeiam uma atitude analítica voltada ao alcance do deslocamento subjetivo do paciente: a Função Vitalizadora do Analista, conceito posteriormente reiterado por Luís Cláudio Figueiredo e que este artigo se propõe a examinar, percorrendo desde a constituição do aparelho psíquico até a transformação da experiência emocional no encontro clínico.

Essa formulação teórico-clínica é mobilizada no *setting* analítico sobretudo quando se faz necessária uma convocação para que o analisando atravesse impasses e barreiras psíquicas. As palavras constituem o principal instrumento do analista, mas é de sua habilidade em manejá-las que dependerá, em grande medida, o êxito do processo. Como reiterado por Figueiredo, a intervenção visa infundir vitalidade a cenários terapêuticos estagnados em "águas mortas" — um movimento transformador que engaja tanto o paciente quanto o analista. Para isso, conforme postulado por Freud, a sustentação da atenção flutuante e a leitura apurada das dinâmicas transferenciais (projeções feitas pelo paciente de sentimentos e vivências no terapeuta) e contratransferenciais (emoções sentidas pelo terapeuta pela ação transferencial) revelam-se indispensáveis na psicoterapia.

Podemos comparar os traumas e as vivências dolorosas de nossa vida a um machucado interno ou a um tumor protegido, encapsulado ou localizado em região “não alcançável” sem comprometimento de outros órgãos, que impede o cirurgião de extraí-lo. Da mesma forma, no processo terapêutico, o psicólogo raramente consegue acessar a ferida original de imediato. Em vez disso, ele encontra ao redor dela "áreas adormecidas" ou paralisadas — uma reação de defesa que a própria pessoa cria sem perceber para tentar se proteger da dor.

Muitas vezes, aquilo que a pessoa não conseguiu processar ou resolver no passado acaba se repetindo em sua vida. É o que chamamos de impulso de repetição: a mente tenta recriar a mesma situação difícil para tentar, de alguma forma, dar um final diferente e mais saudável para aquela história.

No entanto, o desejo de fugir da ansiedade fala mais alto e acaba travando esse avanço. A pessoa fica presa a um ciclo vicioso, repetindo os mesmos erros e sofrimentos por ser o único caminho conhecido. É exatamente nesse ponto que entra a função vitalizadora do analista. Ao trazer novos olhares e significados para aquela dor, o profissional consegue romper essa "casca" protetora do trauma. É como se ele injetasse oxigênio em um lugar que estava sem vida, permitindo que aquela parte adormecida da pessoa volte a respirar, ganhe circulação, se recupere.

A compreensão da função vitalizadora do analista busca, ainda, refletir sobre como o aparelho psíquico se constitui. Na perspectiva psicanalítica, o psiquismo não nasce pronto, mas desenvolve-se progressivamente a partir das experiências vividas nas primeiras relações cuidadoras e com o ambiente. Desde o nascimento, o bebê depende de um outro que acolha suas necessidades físicas e emocionais, oferecendo condições para que experiências inicialmente sensoriais possam adquirir significado e representação psíquica.

Freud foi o primeiro a explicar que a mente do bebê precisa aprender a lidar com as sensações e desconfortos do corpo e do ambiente. Quando o cuidador atende às necessidades do bebê — alimentando, acolhendo e acalmando — a tensão diminui. É essa experiência repetida de necessidades, angústia e dor sendo aplacadas pelo suprimento das necessidades primeiramente físicas, pelo cuidado, que ensina o bebê a criar as primeiras representações, imagens e significados mentais sobre o mundo. Durante o desenvolvimento, ocorre o aprendizado e em decorrência o equilíbrio entre os desejos infantis e as regras sociais da realidade em que a pessoa está inserida.

A psicanalista Melanie Klein mostrou que o bebê percebe o mundo de forma muito intensa e dividida. No início, quando suas necessidades são atendidas, ele sente que tudo é "bom" e forma uma representação interna sobre esse cuidador; quando passa fome ou desconforto, sente que tudo é "mau". Com o tempo, a criança percebe esta ambivalência, ou seja, que a mesma mãe que acolhe é a que também se ausenta. Conseguir unir essas duas visões em uma só ajuda a desenvolver maturidade emocional, maior tolerância às frustrações e relacionamentos mais saudáveis.

Outro autor fundamental, Donald Winnicott, afirmava que "não existe bebê sozinho": existe sempre um bebê dependente de um ambiente acolhedor. Esse ambiente "suficientemente bom" segura, protege e dá suporte físico e emocional para que a criança sinta que sua existência é segura, permitindo e provocando ativamente o desenvolvimento de sua capacidade de simbolização, de sua identidade autêntica, sua criatividade e sua capacidade de se expressar. Porém, quando ocorrem falhas graves ou situações assustadoras muito cedo — antes de a criança ter recursos mentais para entender o que está acontecendo — o trauma se instala sem a devida simbolização, como, por exemplo, um sentimento ruim relacionado a algo vivido sem compreensão, sem a devida decodificação. Sándor Ferenczi destacou que o trauma não surge apenas pela força do acontecimento ruim, mas principalmente pela falta de um adulto que acolha, escute e valide a dor da criança. Quando essa dor é ignorada ou desmentida, a experiência não consegue ser transformada em palavras ou pensamentos. No futuro, esse trauma "não falado" pode reaparecer em forma de ansiedades intensas, atitudes repetitivas e uma sensação constante de vazio.

Nem tudo o que é vivido fica visível na consciência. Muitas vezes, a mente empurra sentimentos e memórias desagradáveis para o inconsciente com a finalidade protetiva — mecanismo que Freud chamou de “recalque”. No entanto, tais sentimentos guardados continuam fazendo força para sair e reaparecem disfarçados em forma de sintomas, pesadelos, esquecimentos ou comportamentos repetitivos. O sintoma, portanto, não é apenas um "defeito", mas uma tentativa desesperada da mente de dar vazão a um conflito não resolvido.

Entretanto, o sofrimento humano não vem apenas de memórias escondidas. Autores como André Green apontam que grande parte da dor emocional atual vem de um "vazio", ou seja, de experiências tão profundas ou precoces que a pessoa sequer conseguiu transformar em pensamentos ou palavras. Nesses casos, o indivíduo sente dificuldade em criar laços afetivos, em se conectar com os próprios sentimentos e até em dar sentido à própria vida. É exatamente por isso que a terapia vai muito além de apenas "desvelar ou recuperar conteúdos recalcados da mente". A presença do terapeuta cria um espaço seguro e acolhedor — semelhante ao ambiente protetor da infância —, permitindo que dores antigas e nunca expressas possam finalmente ser nomeadas, compreendidas e integradas. Em vez de apenas interpretar sintomas, o trabalho terapêutico busca devolver a vitalidade emocional e a

capacidade de dar novos significados à própria história.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza teórico-reflexiva, construída a partir de revisão de literatura em psicanálise, articulando fundamentação clássica e contribuições contemporâneas do campo. Partiu-se dos textos fundadores de Freud, Klein, Winnicott e Ferenczi sobre a constituição do aparelho psíquico e os limites da simbolização, passando pelas formulações de André Green e Wilfred Bion sobre a transformação da experiência emocional, até alcançar as elaborações mais recentes de Fátima Florido, Marina Ribeiro e Luís Cláudio Figueiredo, autores responsáveis pela nomeação e pelo desenvolvimento do conceito de Função Vitalizadora do Analista. A escolha por esse percurso teórico busca situar a proposição teórico-clínica como o desdobramento da própria visão psicanalítica que, desde Freud, se aprimora ao longo do tempo no sentido de oferecer as condições necessárias de leitura contemporânea sobre como o sofrimento psíquico encontra espaço de elaboração e transformação.

A abordagem adotada é de caráter qualitativo e exploratório, orientada à articulação entre teoria e prática clínica, para compreender como o conceito de função vitalizadora pode ser mobilizado no manejo do *setting* analítico — especialmente diante de pacientes cujas experiências emocionais permaneceram encapsuladas, sem representação simbólica, ou aprisionadas em movimentos de repetição. Nesse sentido, a pesquisa não se propõe a testar hipóteses ou produzir generalizações estatísticas, mas a construir, por meio do diálogo entre autores e da reflexão sobre a clínica, uma compreensão mais ampliada de como a presença, a continência e a disponibilidade do analista podem favorecer a retomada da circulação da vida psíquica do paciente.

Resultados

Embora o recalque ajude a explicar uma grande parte do sofrimento psicológico, Freud (1920/2010) percebeu que muitos pacientes repetem, mesmo sem perceber, experiências dolorosas. A partir dessa observação, ele introduziu o conceito de pulsão de morte, compreendida como uma tendência da mente a buscar um estado de "zero de tensão". Essa força atua como uma homeostase, para aplacar as angústias por meio do desligamento emocional ou da repetição de tipos de situações familiares, mesmo que seja prejudicial. Em contrapartida, o que chamou de pulsões de vida funcionam como um motor para a criação de vínculos, a aprendizagem e a integração com o outro e com o meio ambiente, preservando a saúde mental. A chamada compulsão à repetição mostra que certos traumas não voltam à tona apenas como lembranças esquecidas, mas como rotinas rígidas que mantêm a pessoa presa a comportamentos e relacionamentos autodestrutivos. Nesses casos, a repetição revela a grande dificuldade da mente em processar e dar sentido a dores do passado que nunca foram elaboradas. É o caso, por exemplo, do paciente que busca repetidamente parceiros amorosos que o rejeitam ou desvalorizam; no *setting* terapêutico, em vez de contar uma lembrança dolorosa ou expressar um conflito claro em palavras, ele relata apenas uma sensação constante de "vazio", repetindo a rejeição na vida prática por não ter recursos internos para nomear o que sente.

André Green (1988) ampliou essa visão ao mostrar que a pulsão de morte muitas vezes se manifesta como um desligamento dos afetos, no qual a pessoa perde a capacidade de se importar de verdade consigo mesma ou com os outros. Mais do que conflitos entre desejos e regras internas, muitos pacientes enfrentam estados de deserto emocional, empobrecimento das trocas afetivas e extrema dificuldade de transformar sentimentos em palavras. Essa constatação mudou o foco da clínica psicanalítica: a prioridade deixa de ser apenas traduzir e interpretar pensamentos reprimidos e passa a ser a reconstrução da própria capacidade do paciente de sentir e pensar sobre suas vivências. A tarefa do terapeuta ganha um novo contorno — não basta decifrar o inconsciente, é preciso reativar a circulação da vida psíquica onde antes só havia repetição, anestesia e ausência de sentido.

Essa compreensão desloca o foco da clínica psicanalítica da interpretação exclusiva dos conteúdos reprimidos para a necessidade de restaurar a capacidade de pensar e simbolizar a experiência emocional. A tarefa do analista passa a ser não apenas interpretar aquilo que retorna do inconsciente, mas favorecer a retomada da circulação da vida psíquica, especialmente quando o sofrimento se manifesta por meio da repetição, do vazio e da ausência de investimentos emocionais.

É nesse contexto que as contribuições de Wilfred Bion assumem especial relevância. Ao

desenvolver os conceitos de função alfa, continência e *rêverie* (uma atitude de abertura e devaneio receptivo), Bion propôs que o analista possa oferecer ao paciente um espaço capaz de transformar experiências antes impensáveis em elementos passíveis de compreensão e simbolização. A análise deixa de ser um mero jogo de interpretações e se torna uma experiência de transformação emocional direta (Bion, 1973). Essa dinâmica serviu de base para o que Fátima Florido e Marina Ribeiro chamaram de função vitalizadora do analista (Cézar; Ribeiro; Figueiredo, 2023). O avanço de Bion esteve em mostrar que grande parte da dor psíquica nasce da impossibilidade de dar significado a vivências brutas — que ele chamou de elementos beta — ou seja, sensações e impactos emocionais puros que a mente do paciente, por falta de recursos, não consegue metabolizar, pensar ou integrar (Bion, 1962).

As contribuições de Wilfred Bion representam um importante avanço na teoria psicanalítica ao deslocar o foco da interpretação dos conteúdos inconscientes para a transformação da experiência emocional vivida na relação entre paciente e analista. Para o autor, muitos dos sofrimentos psíquicos decorrem da incapacidade de simbolizar determinadas vivências, que permanecem como elementos emocionais brutos, impossíveis de serem pensados ou integrados ao aparelho psíquico (Bion, 1962).

Bion (1962) denomina esses conteúdos de elementos beta, experiências sensoriais e afetivas que ainda não possuem significado psíquico. A transformação desses elementos em elementos alfa, capazes de serem sonhados, pensados e simbolizados, depende inicialmente da função exercida pelo cuidador primário com o bebê (nas fases iniciais) e, posteriormente, pode ser retomada no processo analítico por meio da relação estabelecida entre paciente e analista.

A transformação dessas sensações brutas em pensamentos e sentimentos reais (elementos alfa) depende da capacidade do analista de atuar como um "recipiente seguro" (função continente). O profissional acolhe o caos e as angústias do paciente sem reagir de forma apressada ou desorganizada. Por meio da *rêverie* — essa disponibilidade psíquica para acolher e digerir o que o outro comunica — o analista processa essas angústias e as devolve de uma forma mais assimilável. Para que essa sintonização aconteça, Bion (1970) sugere que o terapeuta mantenha uma escuta "sem memória, sem desejo e sem compreensão prévia", suspendendo teorias e expectativas rígidas para dar espaço ao desconhecido e tolerar as incertezas da sessão.

Essa atuação prática fica evidente quando, por exemplo, um paciente entra no consultório extremamente agitado, andado de um lado para o outro, tomado por um pânico que ele não sabe explicar e projetando no ambiente um desespero puro e sem contornos. Em vez de recorrer a uma explicação teórica precipitada ("Você está assim por conta de um trauma de infância"), o analista sustenta uma presença calma e acolhedora, processa aquela sensação sufocante em seu próprio pensamento e devolve a experiência em uma frase simples e palatável: *"Parece que o mundo está parecendo grande e assustador demais para você carregar sozinho hoje, e isso dá um medo enorme"*. Ao dar nome e contorno à dor sem se apavorar com ela (ou com o paciente), o analista o ajuda a recuperar a capacidade de pensar sobre o que está sentindo, transformando um pânico bruto em um sentimento que pode ser falado, explicado, detalhado e compreendido.

Por essa perspectiva, a análise se consolida como um ambiente de genuína restauração mental. O analista não entrega respostas prontas, mas constrói as condições para que dores, antes inacessíveis, ganhem representação, ampliando a autonomia do paciente para sentir, refletir e integrar sua própria história. Ao resgatar a capacidade de simbolização e permitir que o paciente volte a se conectar com suas experiências, a função vitalizadora do analista cumpre seu papel central de reanimar a vida psíquica.

Discussão

As formulações de Bion sobre a transformação da experiência emocional oferecem um importante fundamento para compreender a função vitalizadora do analista proposta por Luís Cláudio Figueiredo (2024). Em uma linguagem mais acessível, o trabalho analítico não se limita à interpretação dos conflitos inconscientes, mas envolve a criação de um espaço de acolhimento no qual o paciente possa, gradualmente, recuperar a capacidade de sentir, pensar e atribuir significado às próprias experiências. O analista, portanto, participa da construção de um ambiente que favorece a retomada da vida psíquica, especialmente quando determinadas experiências foram tão difíceis que permaneceram sem palavras ou sem possibilidade de elaboração.

Essa função pode ser compreendida por meio de uma situação clínica em que um paciente em cuidados paliativos chega à análise afirmando que “não sente nada” ao falar da proximidade da morte.

Ele consegue falar sobre sua doença, mas de maneira distante, como se relatasse a história de outra pessoa. Nesse momento, o analista não precisa oferecer imediatamente uma interpretação, mas pode sustentar a experiência por meio de uma escuta disponível e acolhedora. Com o tempo, o paciente pode perceber: “Eu estava contando isso sem sentir nada, mas agora comecei a ficar triste”. Algo que antes estava desligado de sua experiência passa a ganhar forma e pode ser pensado e elaborado.

Nessa perspectiva, o analista deixa de ocupar apenas a posição de intérprete e passa a participar ativamente da transformação emocional. Sua presença e capacidade de continência permitem que experiências confusas ou difíceis de expressar se tornem gradualmente pensáveis (Bion, 1962; Figueiredo, 2024). Isso não significa oferecer respostas prontas, mas permanecer junto ao paciente diante de experiências para as quais ainda não existem palavras.

Essa compreensão aproxima-se de Winnicott (1965/1983), para quem um ambiente suficientemente bom oferece condições para o desenvolvimento de um sentimento de continuidade do ser. No *setting* analítico, o paciente pode encontrar um espaço no qual não precise esconder determinados aspectos de si para manter o vínculo. Um indivíduo que passou a vida tentando parecer forte, por exemplo, pode inicialmente sentir vergonha ao demonstrar tristeza. Porém, ao perceber que essa tristeza pode ser escutada sem julgamento, torna-se possível experimentar novas formas de relação consigo mesmo e com o outro.

A proposta de Figueiredo também dialoga com André Green (1988), especialmente diante de pacientes cujo sofrimento se manifesta pelo vazio, pela apatia ou pelo empobrecimento afetivo. Nesses casos, o paciente pode dizer “não tenho vontade de nada” ou “minha vida não tem sentido”. A função do analista não consiste apenas em identificar aquilo que foi reprimido, mas em favorecer a retomada da capacidade de sentir, desejar, pensar e investir na própria existência.

Ogden (1994), por sua vez, contribui com a ideia de terceiro analítico, destacando que a transformação ocorre no campo construído entre paciente e analista. O que acontece na sessão não depende exclusivamente de um ou de outro, mas do encontro entre ambos. Um silêncio prolongado, por exemplo, pode ser compreendido não apenas como ausência de fala, mas como uma experiência compartilhada que pode ser observada e transformada em pensamento.

Assim, a função vitalizadora do analista não consiste em eliminar o sofrimento ou dizer ao paciente como deve viver. Consiste em oferecer uma presença capaz de acolher e sustentar experiências que, inicialmente, aparecem de forma confusa, intensa ou sem palavras. Vitalizar significa favorecer a recuperação da capacidade de sentir, pensar, simbolizar e estabelecer relações. A análise torna-se, desse modo, um espaço no qual aquilo que antes era vivido como vazio, angústia ou desligamento pode adquirir significado e transformar-se em novas possibilidades de existência. Mais do que interpretar o que está escondido, o analista participa da criação das condições para que a vida psíquica possa novamente circular de maneira mais integrada, criativa e autêntica.

Conclusão

A compreensão da função vitalizadora do analista evidencia que o processo psicanalítico ultrapassa a interpretação dos conflitos inconscientes, constituindo-se como uma experiência de transformação emocional. Desde Freud, a psicanálise demonstra que o sofrimento está relacionado às formas pelas quais as experiências são inscritas e organizadas no psiquismo. Klein, Winnicott e Ferenczi ampliam essa compreensão ao enfatizar a importância das primeiras relações na constituição da vida psíquica, enquanto Green evidencia que muitos sofrimentos contemporâneos decorrem de falhas na simbolização e do empobrecimento dos investimentos afetivos.

As contribuições de Bion representam um marco nesse percurso ao compreender que a transformação psíquica depende da capacidade de o analista acolher e metabolizar experiências emocionais ainda não representadas. Sua teoria da função alfa e da continência fundamenta uma clínica voltada não apenas para a interpretação, mas para a criação de condições que favoreçam o surgimento do pensamento e da simbolização.

É nesse contexto que a proposta de Fátima Florido, Marina Ribeiro e Luís Cláudio Figueiredo ganha especial relevância ao compreender a análise como um espaço de revitalização da vida psíquica. A função vitalizadora do analista consiste em sustentar um encontro no qual o paciente possa retomar processos de desenvolvimento interrompidos, reconstruindo sua capacidade de pensar, sentir e estabelecer novos vínculos consigo mesmo e com o mundo. Mais do que promover a remissão dos sintomas, a clínica psicanalítica possibilita a ampliação da capacidade de existir de forma criativa e

integrada. Assim, a função vitalizadora do analista reafirma a dimensão ética e relacional da psicanálise, mostrando que a transformação psíquica acontece quando o sofrimento encontra um espaço de acolhimento, simbolização e construção compartilhada de sentido.

Referências

BION, W. R. **Aprender da experiência**. Tradução de Ester Hadassa Sandler. Revisão técnica de Paulo Cesar Sandler. São Paulo: Blucher, 2021.

BION, W. R. **Atenção e Interpretação**. Tradução de Carlos Heleodoro P. Affonso. Rio de Janeiro: Imago, 1973.

BION EM EXPANSÃO. **A especificidade da escuta analítica – Luis Cláudio Figueiredo**. YouTube, 26 set. 2025. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=v72D_LY80Oo. Acesso em: 22 jul. 2026.

CEZAR, F. F.; RIBEIRO, M. F. R., FIGUEIREDO, L. C. **Chuva N'Álma**. São Paulo: Blücher, 2023.

FERENCZI, S. Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In: **Psicanálise IV**. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FREUD, S. *Além do princípio do prazer* (1920). In: **História de uma neurose infantil ("O Homem dos Lobos"), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. *O recalque* (1915). In: **Introdução ao narcisismo, Ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, S. *Sobre a dinâmica da transferência* (1912). In: **Obras Incompletas de Sigmund Freud Fundamentos da Clínica Psicanalítica**. Tradução de Cláudia Dornbusch. São Paulo: Autêntica, 2016. (Obra original publicada em 1895).

FREUD, S. **O ego e o id**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. (Obra original publicada em 1923).

FIGUEIREDO, L. C. **Por que Bion?** São Paulo: Zagodoni, 2018.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. Tradução de Cláudia Berliner. Revisão Técnica de Araide Sanchez, Vera Schattan P. Coelho e Elaine G. Paiva. São Paulo: Escuta, 1988.

ITIPOA. Lançamento Online do livro PertenSer com Luis Cláudio Figueiredo. **YouTube**, 07 nov. 2024. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=zWwYaow3cJM. Acesso em: 20 jul. 2026.

KLEIN, M. *Notas sobre alguns mecanismos esquizoides*. In: **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

OGDEN, T. H. The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts. **International Journal of Psycho-Analysis**, v. 75, p. 3-19, 1994. Disponível em: https://web.english.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Ogden_Analytic_Third.pdf Acesso em: 22 jul 2026.

WINNICOTT, D. W. **Os processos de maturação e o ambiente facilitador**. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artemed, 1983. (Obra original publicada em 1965).