



PLURALIDADES
em Saúde Mental
Revista PsicoFAE

Revista PsicoFAE

PLURALIDADES
EM Saúde Mental

FAE Centro Universitário

Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus

Presidente

Frei João Mannes, ofm

Diretor-Geral

Jorge Apóstolos Siarcos

FAE Centro Universitário

Reitor da FAE Centro Universitário

Jorge Apóstolos Siarcos

Pró-Reitor Acadêmico, Diretor Acadêmico

Everton Drohomeretski

Pró-Reitor de Administração e Planejamento

Eros Pacheco Neto

Diretor de Relações Corporativas

Paulo Roberto Araujo Cruz

Diretora de Campus – FAE Centro Universitário

Andrea Regina Hopfer Cunha

Diretor de Campus da FAE São José dos Pinhais e Araucária

Elcio Douglas Joaquim

Diretor dos Programas de Pós-Graduação *Lato Sensu*

José Vicente B. de Mello Cordeiro

Diretor do Instituto de Ciências Jurídicas

Sérgio Luiz da Rocha Pombo

Ouvidoria

Mônica Bosio

Editor

Alexandra Arnold Rodrigues, Dra. (FAE)

Coordenação Editorial

Camila Muhl, Dra. (FAE)

Editores Associados

Alexandra Arnold Rodrigues, Dra. (FAE)

Joyce Kelly Pescarolo, Dra. (FAE)

Edgar Pereira Junior, Me. (FAE)

Camila Muhl, Dra (FAE)

Maria do Desterro de Figueiredo, Dra. (FAE)

Maria Fátima Minetto, Dra. (UFPR)

Nayane Martoni Piovezan, Dra. (Universidade São Francisco)

Fernanda Luzia Lopes, Dra. (Universidade São Francisco)

Giovanna Medina, Dra. (UFPR)

Mariana Cardoso Puchivailo (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo).

Lilian Caron, Me (FAE)

Conselho Editorial

Adriano Furtado de Holanda, Dr. (UFPR)

Guilherme Messas (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo).

Ileno Izídio da Costa, Dr. (UNB)

Coordenadores dos Núcleos

Areta Galat (Núcleo de Relações Internacionais)

Carlos Roberto Oliveira de Almeida Santos (Núcleo de Extensão Universitária)

Cleonice Bastos Pompermayer (Núcleo de Pesquisa Acadêmica)

Nacib Mattar Junior (Núcleo de Legislação e Normas Educacionais)

Elaine Cristina de Azevedo Pacheco (Núcleo de Empregabilidade)

Gabrielle Assunção de Melo Camargo (Núcleo de Admissão)

Nelcy Terezinha Lubi Finck (Núcleo de Carreira Docente)

Rita de Cássia Marques Kleinke (Núcleo da Pastoral Universitária)

Valter Pereira Francisco Filho (Núcleo de Inovação e Empreendedorismo)

Vera Dullius (Núcleo de Educação Digital)

Biblioteca

Soraia Helena F. Almondes (Campus Centro)

Núcleo de Educação Digital (NED)

Angela Maria de Oliveira Lima (revisão)

Katia Regina Paulino (desenhista educacional)

Thais Suzue Ikuta (diagramação)

Vera Dullius (coordenação)

Pareceristas

Aline Mariana Rodicz (Mestre, UFPR); Allan Martins Mohr (Doutor, UTFPR); Ana Paula Risson (Doutora, FAE); Pedro Guilherme Basso Machado (Doutor, FAE e UniBrasil); Inaê Benchaya Duarte (Doutoranda, UFPB); Luciano Imar Palheta Trindade (Mestre, IFPA e UniNorte); Graciela Sanjuta Soares Faria (Doutora, FAE e UniBrasil); Maria do Desterro de Figueiredo (Doutora, FAE); Camila Muhl (Doutora, FAE); Rejjinaldo Chiaradia (Doutor, FAE); Glauco Luciano Machado (APC e FCL-Curitiba); Joana Anschau Roman (Mestre, Universidade do Sul de Santa Catarina); Ana Caroline Toffaneli (Doutoranda, UEM e Centro Universitário Integrado); Claudia Cibele Bitdinger Cobalchini (Doutoranda, UFPR); Debora Mendes Baggio (Doutoranda, UEM e UniALFA); Kaio Cesar Pacheco (Mestrando, UEL); Eduarda de Souza Moura (Especialista, Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho); Pollyana Sobenko Martins (Especialista); Maira Marchi Gomes (UFSC, Faculdade Estácio de Sá e Faculdade ISEPE); Elena Camargo Shizuno (Doutora, UTFPR); Samara Feitosa (Doutora, UFPR); Fabiano de Mello Vieira (Doutor, FAE); Valdir Barbosa Lima Neto (Especialista, Núcleo de Psicologia Clínica da UFC); Diego do Nascimento Mendonça (Doutorando, UERJ); Maria Sara de Lima Dias (Doutora, UTFPR); Francisleine Moleta (Mestre, FAE); Fernanda Figueiredo Coelho (Mestre, Santa Casa de Misericórdia); Joyce Kelly Pescarolo (Doutora, FAE); Aislan José de Oliveira (Mestre, UniBrasil); Adriane Wolmann (Mestre, UniBrasil); Camila Bruning (Doutora, UFPR); Alysson Eduardo Carvalho Aquino (Doutor, UTFPR); Daniel Fauth (Doutor, UFSC); Juliana Salomão Spolaore (Especialista); Márcio Zanardini Vegas (Doutor); Bianca dos Reis (Doutoranda, UFPR e FESP); Bruna Rocha de Almeida (Doutora, UNB); Edgar Pereira Junior (Mestre, FAE); Luciana Elisabete Savaris (Doutoranda, UFPR e Faculdades Pequeno Príncipe); André Fukuda Maeji (Mestre, UFPR); Maria Rita Alves Dalledone (Mestre, UFPR); Stella Nabuco Nasser (Doutoranda, USP e SPES); Cristian Guilherme Valeski de Alencar (Mestrado, UniOpet e UniBrasil); Sara Santos Dias Costa (Mestre, Faculdades Associadas de Uberaba – FAZU); Angelica Soraya Krzyzanovski (Mestre, UniOpet); Danielly Brandão Horning Marocki (Mestre); Marisa Richartz (Mestre, FAE); Thais da Glória Messias Fogaça (Doutoranda, UFPR); Marcela Van Linschoten Ramoa Pardo (Mestrado, FCL-Curitiba); Renata Teixeira Parapinski (doutoranda, UFPR)

Capa: OFFÍCIO Design

Revista PsicoFAE: revista acadêmica de psicologia, v.1, n.1,
2012 - Curitiba: FAE Centro Universitário, 1912-
27cm.

Semestral

ISSN 2447-1798 (Online)

doi.org/10.55388/psicofae

A partir do v.3, 2014, a revista está disponível online.

Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu>

A partir do v. 6, a revista passou a ser semestral.

1. Psicologia - Periódicos. I. FAE Centro Universitário.

CDD 150

CDU 159

doi.org/10.55388/psicofae.v14n1

Os artigos publicados na *PsicoFAE* são de inteira responsabilidade de seus autores. As opiniões neles emitidas não expressam, necessariamente, pontos de vista da FAE Centro Universitário.

Endereço para correspondência:

FAE Centro Universitário – Curso de Psicologia

Rua 24 de maio, 135 – 80230-080 – Curitiba – PR

Tel.: (41) 2105-4096

SUMÁRIO

INTERVIEW

POR UMA CLÍNICA SOCIAL E POLÍTICA: SAÚDE MENTAL E PSICOTERAPIA EM PERSPECTIVAS MICRO E MACROSSOCIAL

Emerson Fernando Rasera
Paula Romite

ARTIGOS

CONSEQUÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES: REVISÃO DA LITERATURA

Patrícia G. Navarro
Andressa K. M. de Oliveira
Antonio R. Carias
Karinna P. Gôngora

A ALUCINAÇÃO DE SUPORTAR O DIA A DIA: UM ESTUDO NARRATIVO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE À LUZ DO FEMINISMO DECOLONIAL

Lorena Vila Nova Asfura
Jorge Luiz da Silva

AS DETERMINAÇÕES DO GÊNERO E ESTIGMA NA AUTONOMIA DE MULHERES EM ADOECIMENTO MENTAL: UM ESTUDO COM PACIENTES INTERNADAS

Milena de Siqueira Nolasco
Júlia Magna da Silva Teixeira
Paula Soalheiro Gravina de Almeida

LINHAS-GUIAS DE SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DAS PUBLICAÇÕES BRASILEIRAS

Larissa Correa Portezan
Luís Felipe Ferro

O SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ENCRUZILHADA ENTRE O MECANISMO E A NORMA

Caio Maximino

O PAPEL DAS ASSEMBLEIAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO INTERIOR DE MINAS GERAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Júlia Thomazella Bertolini
Camila Okubo
Maria Eduarda Silva Ferreira
Rafaela Brunelli Daniel
Sílvia Rosa Prieto Urzêdo
Tiago Humberto Rodrigues Rocha

LUTAS, ARTES MARCIAIS E ESPORTES DE COMBATE COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paolo Porciuncula Lamb
Pedro Carlos Silva de Aquino
Edgar Batista da Silva Neto
Denis Foster Gondim
Moralis de Lima Santos

A MUSICOTERAPIA ENQUANTO ABORDAGEM PSICOSSOCIAL PARA A SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Maria Eduarda Soares Moreira
Frederico Gonçalves Pedrosa

ESTILOS PARENTAIS E PRÁTICAS ALIMENTARES: INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA

Maria Clara Bassi Frederico
Caroline Guisantes de Salvo

VELHICE, LUTO E PSICANÁLISE: ANÁLISE FÍLMICA A PARTIR DE UP! ALTAS AVENTURAS

Joyce Vitória Chaves
Jéssica Paula da Cruz
Julia Franco de Oliveira Souza
Camila Esteves Cambaúva
João Leonardo Corte
Ana Paula Medeiros

CONCEPÇÕES SOBRE A MORTE E SUAS IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Aryane Leinne Oliveira Matioli
Paulo José da Costa

ESTRESSE OCUPACIONAL E COPING EM POLICIAIS MILITARES DA LINHA DE FRENTE NO COMBATE AO TERRORISMO

Faria Alberto Catole
Carlos Luís Aristides
Gildo Aliante e Mussa Abacar

SUMMARY

ENTREVISTA

FOR A SOCIAL AND POLITICAL CLINIC: MENTAL HEALTH AND PSYCHOTHERAPY FROM MICRO AND MACROSSOCIAL PERSPECTIVES

Emerson Fernando Rasera
Paula Romite

ARTICLES

CONTEMPORARY CONSEQUENCES OF DOMESTIC AND FAMILY VIOLENCE IN WOMEN: LITERATURE REVIEW

Patrícia G. Navarro
Andressa K. M. de Oliveira
Antonio R. Carias
Karinna P. Gôngora

THE HALLUCINATION OF ENDURING DAILY LIFE: A LOOK AT PSYCHOLOGICAL SUFFERING THROUGH THE LENS OF DECOLONIAL FEMINISM

Lorena Vila Nova Asfura
Jorge Luiz da Silva

THE DETERMINATIONS OF GENDER AND STIGMA IN THE AUTONOMY OF WOMEN SUFFERING FROM MENTAL ILLNESS: A STUDY WITH HOSPITALIZED PATIENTS

Milena de Siqueira Nolasco
Júlia Magna da Silva Teixeira
Paula Soalheiro Gravina de Almeida

MENTAL HEALTH GUIDELINES: DESCRIPTION AND ANALYSIS OF BRAZILIAN PUBLICATIONS

Larissa Correa Portezan
Luís Felipe Ferro

MENTAL DISTRESS AT THE CROSSROADS BETWEEN THE MECHANISM AND THE NORM

Caio Maximino

THE ASSEMBLIES ROLE AT A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER IN MINAS GERAIS INTERIOR: EXPERIENCE REPORT

Ana Júlia Thomazella Bertolini
Camila Okubo
Maria Eduarda Silva Ferreira
Rafaela Brunelli Daniel
Sílvia Rosa Prieto Urzêdo
Tiago Humberto Rodrigues Rocha

FIGHTS, MARTIAL ARTS AND COMBAT SPORTS AS A CARE STRATEGY IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER: AN EXPERIENCE REPORT

Paolo Porciuncula Lamb
Pedro Carlos Silva de Aquino
Edgar Batista da Silva Neto
Denis Foster Gondim
Moralis de Lima Santos

MUSIC THERAPY AS A PSYCHOSOCIAL APPROACH TO CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH: A SCOPING REVIEW

Maria Eduarda Soares Moreira
Frederico Gonçalves Pedrosa

PARENTING STYLES AND EATING PRACTICES: FAMILY INFLUENCE ON CHILDREN'S EATING BEHAVIOR

Maria Clara Bassi Frederico
Caroline Guisantes de Salvo

OLD AGE, MOURNING AND PSYCHOANALYSIS: FILM ANALYSIS FROM UP!

Joyce Vitória Chaves
Jéssica Paula da Cruz
Julia Franco de Oliveira Souza
Camila Esteves Cambaúva
João Leonardo Corte
Ana Paula Medeiros

CONCEPTIONS ON DEATH AND THEIR PALLIATIVE CARE PRACTICE IMPLICATIONS

Aryane Leinne Oliveira Matioli
Paulo José da Costa

OCCUPATIONAL STRESS AND COPING IN FRONTLINE MILITARY POLICE IN THE FIGHT AGAINST TERRORISM

Faria Alberto Catole
Carlos Luís Aristides
Gildo Aliante e Mussa Abacar

Editorial

Prezados(as) leitores(as),

O professor e psicólogo Emerson Fernando Rasera abre a presente edição em entrevista à Paula Romide e explora a saúde mental e a psicoterapia sob uma perspectiva construcionista social, a partir de uma crítica ao modelo biomédico de diagnóstico e tratamento. Defende uma abordagem mais pluralista que considera diversos discursos e saberes, bem como aborda o papel do psicólogo como agente de ativismo social, ressaltando a importância de desafiar discursos hegemônicos e promover a transformação das condições sociais que impactam o sofrimento humano.

O primeiro artigo de autoria de Patrícia Navarro, Andressa de Oliveira, Antônio Carias e Karinna Gôngora apresenta um estudo de revisão da literatura que busca compreender as consequências contemporâneas da violência doméstica e familiar na vida de mulheres brasileiras, identificando-a como um grave problema de saúde pública. Os autores analisaram a produção científica nacional entre 2018 e 2022, e destacam três eixos temáticos principais que revelam os impactos profundos dessa violência: isolamento social, fragilização da autoestima e o aumento da depressão e risco de suicídio entre as vítimas. O trabalho visa contribuir para a discussão sobre o tema e fomentar a criação de novas estratégias psicossociais de apoio a essa população.

Na sequência, o artigo de Lorena Vila Nova Asfura e Jorge Luiz da Silva, intitulado “A alucinação de suportar o dia a dia: um estudo narrativo da determinação social da saúde à luz do feminismo decolonial” aprofunda a compreensão do sofrimento psíquico e da saúde mental no Brasil utilizando um estudo de caso de uma mulher que frequenta um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A pesquisa analisa como as feridas do colonialismo e a interseccionalidade de raça, classe e gênero moldam as experiências individuais de saúde-doença. O texto argumenta que a pobreza, a violência de gênero e a marginalização racial não são apenas fatores externos, mas estão intrinsecamente ligadas à constituição do adoecimento mental, criticando visões ocidentais e propondo uma abordagem mais ampla e contextualizada que inclua as realidades sociais do Sul Global.

Na mesma toada, o artigo seguinte de autoria de Milena de Siqueira Nolasco, Júlia Magna da Silva Teixeira e Paula Soalheiro Gravina de Almeida investiga como o gênero e o estigma afetam a autonomia de mulheres hospitalizadas com adoecimento mental. Por meio de uma pesquisa qualitativa com treze participantes em um hospital psiquiátrico de Belo Horizonte, o estudo revela que a sobrecarga de papéis sociais, a desvalorização de suas experiências e os preconceitos enraizados na sociedade patriarcal, classista e racista contribuem para a intensificação dos sintomas e a limitação de sua autonomia. As autoras argumentam que

os diagnósticos e tratamentos frequentemente desconsideram esses fatores socioculturais, perpetuando o sofrimento e o isolamento dessas mulheres e defendem a necessidade de uma abordagem de cuidado que promova a escuta qualificada e a reinserção social.

Em “Linhas-Guias de Saúde Mental: Análise das Publicações Brasileiras”, os autores Larissa Correa Portezan e Luís Felipe Ferro discutem a importância das linhas-guias de saúde mental no Brasil, documentos que orientam a estruturação de serviços e propostas de trabalho para pessoas com transtornos mentais, complementando o arcabouço legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A pesquisa analisa oito desses documentos, destacando suas diferenças em posicionamento político, abordagens (psicossociais versus biologicistas), e a inclusão de populações vulneráveis. O estudo ressalta que, embora sutis, as distinções entre linhas-guias, linhas de cuidado e protocolos são importantes para a organização e o planejamento das políticas públicas de saúde mental.

Caio Maximino, em “O sofrimento psíquico na encruzilhada entre o mecanismo e a norma” explora as complexas definições de “saúde” e “doença” no campo da saúde mental, contrastando visões naturalistas, que veem o sofrimento psíquico como uma disfunção biológica objetiva, com perspectivas normativistas, que o consideram uma construção social baseada em valores culturais. Argumenta que ambas as abordagens possuem limitações, especialmente ao negligenciarem a influência mútua entre fatores biológicos e sociais. O texto propõe uma abordagem “híbrida”, sugerindo que, embora o sofrimento psíquico tenha uma base psicobiológica, seu status como “transtorno” é intrinsecamente ligado a julgamentos sociais e politicamente construídos, particularmente em sociedades capitalistas que valorizam a produtividade.

O artigo seguinte apresenta um relato de experiência profissional de autoria de Ana Júlia Thomazella Bertolini, Camila Okubo, Maria Eduarda Silva Ferreira, Rafaela Brunelli Daniel, Sílvia Rosa Prieto Urzêdo e Tiago Humberto Rodrigues Rocha e explora o papel das assembleias em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), detalhando como esses encontros promovem a autogestão e a participação ativa dos usuários no próprio tratamento e na rotina da instituição. As assembleias são vistas como espaço político e terapêutico, capaz de fortalecer a autonomia, a voz e o acolhimento afetivo dos indivíduos, em contraste com a lógica manicomial de exclusão.

Ainda em termos de práticas que podem ser consideradas estratégias de cuidado em saúde mental, os autores Paolo Porciuncula Lamb, Pedro Carlos Silva de Aquino, Edgar Batista da Silva Neto, Denis Foster Gondim e Moralis de Lima Santos explanam, em artigo subsequente, a prática de educadores físicos que implementaram oficinas de Lutas, Artes Marciais e Esportes de Combate (LAMEC) em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) em Recife, Brasil. Apesar do estigma relatado, que associa artes

marciais à violência, revela-se com a experiência apresentada o potencial das LAMEC para desenvolver disciplina, autocontrole e bem-estar, promovendo a reabilitação psicossocial, o fortalecimento de vínculos e a melhoria da saúde geral dos usuários.

Com o propósito de mapear a literatura existente, analisando estudos que abordam intervenções musicoterapêuticas para crianças e adolescentes, o artigo “A musicoterapia enquanto abordagem psicossocial para a saúde mental infantojuvenil”, de Maria Eduarda Soares Moreira e Frederico Gonçalves Pedrosa, indica a contribuição que a Musicoterapia pode trazer para o desenvolvimento de habilidades sociais, emocionais e comunicativas, além de proporcionar expressão emocional e construção de sociabilidades, embora a mensuração estatística de alguns comportamentos não tenha demonstrado mudanças significativas.

Em torno da infância como tema de base, o estudo de autoria de Maria Clara Bassi Frederico e Caroline Guisantes de Salvo investiga a influência dos estilos parentais nas práticas alimentares de crianças brasileiras de seis a dez anos, com foco nas mães/cuidadoras buscando determinar se as práticas educativas parentais poderiam prever as práticas alimentares adotadas pela família. Os resultados indicam uma correlação significativa: quanto mais os pais utilizam práticas educativas negativas (como monitoria negativa ou disciplina relaxada), maior a probabilidade de empregarem práticas alimentares negativas (como restrição por peso ou controle emocional via comida). O estudo ressalta a importância de desenvolver metodologias para trabalhar com as famílias, visando promover hábitos alimentares positivos na infância.

Na outra ponta da experiência de desenvolvimento humano segue o próximo artigo, de Joyce Vitória Chaves, Jéssica Paula da Cruz, Julia Franco de Oliveira Souza, Camila Esteves Cambaúva, João Leonardo Corte e Ana Paula Medeiros explorando a velhice e o luto sob uma perspectiva psicanalítica, utilizando o filme “Up! Altas Aventuras” como estudo de caso. Os autores argumentam que a velhice, muitas vezes estigmatizada como um período de declínio, é, na verdade, uma fase contínua de desenvolvimento e aprendizado, mas também de diversas perdas. A análise detalha como o protagonista, Carl Fredricksen, lida com a dor da perda de sua esposa e como sua jornada representa o “trabalho de luto” freudiano, necessitando de redes de apoio e novos vínculos para a elaboração da dor e o redirecionamento da energia psíquica.

Já o artigo de Aryane Leinne Oliveira Matioli e Paulo José da Costa, explora as concepções de profissionais de saúde sobre a morte e como elas impactam a prática dos cuidados paliativos em hospitais. Por meio de entrevistas, a pesquisa revela que os profissionais frequentemente empregam estratégias defensivas para lidar com a morte em seu ambiente de trabalho. No entanto, quando há uma compreensão aprofundada e aplicação efetiva dos cuidados paliativos, a morte pode ser vivenciada de forma humanizada e com dignidade, o que, por sua vez, permite uma atuação mais eficaz. A pesquisa destaca a necessidade de os profissionais desenvolverem

recursos para enfrentar o luto, sugerindo que o conhecimento e o apoio psicológico são cruciais para desmistificar a morte e melhorar a qualidade do cuidado oferecido.

Por fim, o artigo de Faria Alberto Catole, Carlos Luís Aristides, Gildo Aliante e Mussa Abacar examina o estresse ocupacional e as estratégias de coping em policiais militares que atuam na linha de frente do combate ao terrorismo no norte de Moçambique. Por meio de entrevistas semiestruturadas com dez profissionais, identificou-se que punições por superiores, o medo da morte em combate e a dificuldade de conciliar trabalho e família são os principais fatores estressores, sendo que as estratégias de coping focadas na emoção foram as mais utilizadas pelos policiais. Para mitigar o estresse, os participantes sugerem melhorias nas condições de trabalho, apoio psicológico e campanhas de educação cívico-patriótica.

Alexandra Arnold Rodrigues

Editora

Por uma clínica social e política: saúde mental e psicoterapia em perspectivas micro e macrossocial

For a social and political clinic: mental health and psychotherapy from micro and macrosocial perspectives

Paula Romite , Emerson Fernando Rasera 

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais.

Esta entrevista foi conduzida com Emerson Fernando Rasera, psicólogo, mestre e doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), com pós-doutorado pela University of New Hampshire (EUA). Atualmente é professor na graduação e pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (MG), atuando principalmente nos temas: construcionismo social, processo grupal, saúde coletiva e sexualidade. É autor e coautor de diversos artigos científicos e livros, sendo citado nessa entrevista o livro 'Praticando a terapia como construção social' (2024), publicado em colaboração com Sheila McNamee e Pedro Martins.

No diálogo que decorreu por meio desta entrevista, abordou-se a perspectiva construcionista social acerca da saúde mental e da psicoterapia clínica, promovendo um debate crítico acerca do papel do (a) psicólogo (a) e sua interseção nos contextos micro e macrossocial, incitando possibilidades de ativismo deste profissional. Essa entrevista com Emerson Rasera ocorreu de forma on-line em junho de 2025, com transcrição posterior, sendo ajustada para a versão atual, que foi consentida pelos autores para publicação.

Paula Romite: Como compreendemos o conceito de saúde mental a partir da perspectiva do construcionismo social?

Emerson Rasera: Para pensarmos nessa pergunta, é importante entender um pouco o que é construcionismo social. Como diria Kenneth Gergen, o construcionismo social é uma perspectiva em ciências humanas que está interessada em compreender os processos por meio dos quais as pessoas dão sentido ao mundo e a si mesmas. O nosso foco é nos processos de produção de sentido, o qual compreendemos a partir de uma perspectiva social e histórica de construção dos sistemas de significação. O sentido que damos à nossa vida, à nossa sociedade, aos acontecimentos, depende sempre do contexto social e histórico no qual estamos inseridos. Esta é a visão geral do construcionismo social, uma perspectiva utilizada em diferentes disciplinas, em relação a diferentes objetos, questões e práticas.

No caso da pergunta que você traz, como pensamos saúde mental a partir do construcionismo social? Neste sentido, construcionistas se interessam em compreender como as pessoas entendem o que é saúde, o que é doença, o que é sofrimento, o que é desgaste, o que é cansaço, ou seja, os discursos disponíveis socialmente. Ou seja, não trabalhamos em uma perspectiva a priori do que é saúde, do que é doença, a partir de uma definição universal, mas sim de uma perspectiva contextualizada social e historicamente.

Desse modo, quando assumimos essa perspectiva plural, reconhecemos a validade dos diferentes discursos sobre saúde para determinadas comunidades. Por exemplo, temos o discurso biomédico, que é reproduzido pelas profissões de saúde em geral, que tem um modo de funcionamento próprio. Igualmente, reconhecemos os discursos sobre saúde que são expressos pelas diferentes populações, que têm conhecimentos e saberes relacionados ao cuidado de si, do outro, do ambiente, do contexto no qual elas estão inseridas. Da mesma forma, reconhecemos que há discursos religiosos envolvidos nas questões de saúde, no entendimento sobre o sofrimento humano. Assim, compreendemos que não há um único discurso válido, e estamos interessados em entender como esses discursos e sentidos sobre saúde são construídos.

E daí, o que seria saúde mental? Saúde mental tem a ver com o que as pessoas entendem por saúde mental. Na prática clínica, construcionistas sociais não trabalham com a lógica biomédica, portanto, não se orientam pela ideia de diagnóstico-tratamento-cura. Trata-se de uma perspectiva mais ampla, focada em construir junto com o sujeito formas de cuidar da vida, e não focada em “tratar uma doença”.

Paula Romite: Por que construcionistas sociais não se orientam a partir de diagnósticos na prática clínica?

Emerson Raserá: Construcionistas sociais buscam, de alguma forma, assumir uma perspectiva crítica em relação à hegemonia de determinados discursos. Porque, tipicamente, o que acontece é que, na sociedade ocidental, o discurso biomédico acaba organizando o nosso pensamento sobre saúde e gerando uma desqualificação dos outros sentidos.

O construcionismo social adota uma postura crítica, questionando o processo de psicopatologização da experiência dos indivíduos, exatamente por pensar que isso vai empobrecendo a vida, limitando os sentidos possíveis das experiências. Essa psicopatologização transforma qualquer sofrimento, qualquer desconforto em sintoma característico de um diagnóstico. Assim, a tristeza se transforma em depressão, a agitação em ansiedade, resultando em uma maneira limitante de olhar para a vida e suas possibilidades.

Não estou dizendo aqui que alguns diagnósticos não podem ser importantes para as pessoas, pois às vezes elas encontram conforto ao serem diagnosticadas de alguma forma. Tipicamente, isso ocorre no sentido de que as pessoas estavam com dificuldades em entender o que acontecia com elas, muitas vezes se sentindo responsabilizadas e culpadas, e quando recebem um diagnóstico, entendem que não se trata de uma questão individual e de culpa.

Por outro lado, ficar excessivamente orientado pelo diagnóstico, como eu disse, acaba por empobrecer a vida social. Além disso, os diagnósticos tornam-se uma profecia autorrealizadora, porque as pessoas começam a pensar: “ah, sou assim, ele ou ela é assim porque possui tal diagnóstico”, gerando expectativas limitantes sobre o que a pessoa pode ser, que se reproduzem no seu modo de agir com os outros e de fazer planos para a vida, reafirmando o diagnóstico.

Igualmente, do mesmo jeito que compreendemos que existe um jeito de entender saúde, privilegiamos um jeito de cuidar da saúde. Nesse sentido, se adotamos uma perspectiva mais objetivista, biologizante, provavelmente o modo de tratamento também será individualista e biologizante. E quem ganha com isso? Tipicamente, são as indústrias farmacêuticas. Ao adotarmos uma perspectiva crítica sobre os diagnósticos, estamos respondendo a uma questão ética sobre quem ganha e quem perde com eles.

Então, é necessário trabalhar com a pluralidade de conceitos sobre ‘saúde mental’ na prática profissional. Em uma perspectiva construcionista social, consideramos os processos socio-históricos de produção de sentidos sobre saúde mental; adotamos uma reflexão crítica sobre as implicações desses discursos no nosso contexto e buscamos formas de trabalhar junto às pessoas, visando a reautoria em relação à sua própria história, à ressignificação do seu sofrimento e à coconstrução de outras narrativas de vida preferíveis.

Paula Romite: Adentrando no campo de atuação de um (a) psicólogo (a) clínico (a) que adota esta perspectiva construcionista social, como que é possível trabalhar com essa pluralidade de discursos junto aos indivíduos, casais e famílias, os quais, na maioria das vezes, adota essa perspectiva de discurso

biomédico como o principal, buscando um processo psicoterapêutico de diagnóstico, tratamento e cura?

Emerson Raser: Vivemos em uma sociedade atravessada por discursos do adoecimento, e isso influencia o modo como as pessoas entendem o que está acontecendo com elas. Kenneth Gergen fez uma análise de como se proliferou esse discurso do adoecimento no último século, descrevendo uma “cultura do déficit”. Segundo ele, na primeira versão do DSM, na década de 1950, havia aproximadamente 60 transtornos identificados. Hoje, passados mais de 70 anos, a gente tem mais de 300. Então, o que acontece? As ciências psi produzem esses conhecimentos, os quais são divulgados pelos meios de comunicação, e as pessoas vão aprendendo esses vocabulários e vão se utilizando deles para dar sentido à sua experiência. Então, as pessoas, começam a sentir desconfortos, incômodos e querem entender o que é, querem nomear e dar um sentido a isto. Assim, ao conversar com outras pessoas, ao acessar diferentes mídias, ao ouvir entrevistas de especialistas, elas concluem: “ah, é isso que eu tenho!”. E assim, as pessoas começam a utilizar esse vocabulário diagnóstico no cotidiano.

Curiosamente, muitas pessoas que utilizam esse vocabulário diagnóstico não passaram por uma avaliação diagnóstica propriamente dita. Assim, é importante não tomar como dado que a pessoa foi diagnosticada e que ela precisa de um tratamento específico. Eu tive uma experiência uma vez na universidade, em uma supervisão de estágio de terapia de grupo, e estávamos na etapa inicial de composição do grupo. A prática na clínica escola era seguir a lista de espera dos pacientes inscritos para psicoterapia. Os estagiários foram analisar a lista de espera e viram que os próximos pacientes possuíam como queixa a “depressão”. E então meus alunos me questionaram: “Mas professor, vamos fazer um grupo só com pessoas com depressão, como vai ser isto?”. Eu disse: “Vamos conversar com elas para ver o que está acontecendo”. E, então, a partir do primeiro diálogo com os pacientes, os estagiários perceberam que as queixas na realidade eram muito mais complexas e amplas. Porém, as pessoas utilizavam-se desse vocabulário diagnóstico de uma maneira cotidiana, vamos dizer assim.

Corremos alto risco de gerar muitos mal-entendidos quando compreendemos rapidamente o que o outro está dizendo. É sempre necessário calma e prudência, no sentido de tentar compreender junto com o outro, ao que este se refere com seu discurso. É necessário que o psicólogo clínico ouça o outro, lembrando que esse discurso psicopatologizante está presente na nossa sociedade e as ciências psicológicas têm contribuído para isso. Acredito que cabe fazer aqui uma autocrítica de como nós, das ciências psi, contribuimos para a patologização da experiência por meio de tal difusão, em que as pessoas empobrecem a experiência e acabam repetindo de forma inadvertida o que seriam esses diagnósticos.

Quando a pessoa possui um diagnóstico propriamente dito, o (a) psicólogo (a) clínico (a) deve convidar o paciente a uma reflexão, a entender o que significa para ela receber esse diagnóstico. Para alguns, o diagnóstico gera alívio; para outros, gera ainda mais preocupações. E é claro, dependendo do diagnóstico, as implicações podem ser distintas. A proposta de nos interessarmos em saber mais, para os construcionistas sociais, é adotar uma “postura de não saber”, que significa se colocar numa posição de ser informado pelo outro. Enquanto psicólogos (as), temos nossos estudos, as nossas experiências, e a partir delas, damos sentido às coisas, mas temos de tomar cuidado para que os nossos sentidos não se sobreponham ao dos nossos clientes. Ou seja, é preciso assumir essa “postura de não saber” com um olhar de curiosidade genuína, ao perguntar ao outro: Qual o sentido do diagnóstico para ela? Como é a vida com o diagnóstico? Quais são as vozes que estão ali presentes? As vozes da televisão, da mídia social, dos especialistas, de membros da família, de colegas de trabalho? Como está o diálogo dessa pessoa com todas essas vozes em relação a esse diagnóstico específico?

Então, construcionistas sociais, no trabalho psicoterapêutico, não se pautam em categorias diagnósticas. Trabalhamos com a ideia de que problema é o que as pessoas chamam de problema. O diagnóstico como tradicionalmente entendido em saúde mental não é fundamental para o trabalho do (a) terapeuta construcionista. Contudo, isso não

significa que não conversaremos sobre diagnóstico com nossos clientes. Podemos inclusive, se isso é desejo e faz parte das questões do cliente, conversar sobre diagnóstico, tentando entender como é isso para esse cliente e não pressupondo determinados entendimentos.

Agora, quando você pergunta sobre a psicoterapia de família e a questão dos diagnósticos. Eu entendo que quem trabalha com grupo, casal ou família tem um aspecto facilitador em relação aos múltiplos sentidos dos diagnósticos, que decorre exatamente do fato de terem várias pessoas envolvidas na conversa e elas poderem ter opiniões distintas. A ideia é sempre explorarmos quais são os sentidos e as narrativas que orientam o entendimento de cada uma das pessoas envolvidas no grupo e na família. O fato dessas opiniões, perspectivas, pontos de vista distintos aparecerem no diálogo, já ajuda a combater a hegemonia de determinados discursos. E então, nosso trabalho é exatamente ajudar as pessoas a pensarem que o diagnóstico pode ser vivido de diferentes maneiras, e cabe às pessoas refletirem sobre como querem viver, abrindo espaço para múltiplas possibilidades. Então, é essencial analisar junto com eles os prós e contras, as expectativas geradas e como lidar com isso.

Lembrando que essa perspectiva construcionista vai se interessar também pelos movimentos de resistência às categorias diagnósticas. Esses movimentos, que estão dentro da clínica e para além dela, vão propor outros modos de entender os diagnósticos. Cito como exemplo uma experiência muito interessante de um movimento social chamado “Ouvidores de vozes”, composto por profissionais das ciências psi e usuários dos serviços de saúde mental que buscam redefinir o que o discurso biométrico chama de alucinação auditiva. Tipicamente, pensa-se a alucinação auditiva como um sintoma e que deve ser eliminado. O que o movimento dos “Ouvidores de vozes” tem feito é, inicialmente, alterar o vocabulário, e assim, ao invés de chamar “alucinação auditiva”, eles falam de “ouvir vozes”. A partir disso, eles vão começar a questionar como as vozes funcionam, como as vozes podem atrapalhar, como podem ajudar, e propõem então conversações com as vozes. Eles

passam a analisar a relação dos clientes com as vozes, a pensar como lidar com determinadas vozes negativas e como se apoiar em determinadas vozes positivas. Ou seja, é um movimento que apresenta a perspectiva de que ouvir vozes pode fazer parte do cotidiano das pessoas e não precisa ser considerado um sintoma a ser extinguido.

Em termos da prática psicológica em saúde mental, temos outra experiência interessante chamada “Diálogo aberto” que é muito usada em situações envolvendo crises psicóticas, na qual o foco não é no diagnóstico, e sim, na construção de redes sociais por meio das quais as pessoas possam gerar cuidado. O Diálogo aberto propõe que, frente a situações de crise, rapidamente os profissionais organizem reuniões com pessoas da rede daquela pessoa que está em crise e todos juntos vão compartilhando os encaminhamentos. Tal proposta contribui para uma taxa menor de hospitalizações e tenta preservar a autoria da pessoa em relação aos encaminhamentos e aos cuidados de sua própria vida, junto com as pessoas da sua própria rede social. São exemplos de práticas de saúde mental mais socializantes, que compreendem os processos sociais de produção de sentidos sobre o sofrimento humano, refletem criticamente sobre os discursos hegemônicos e suas implicações e propõem formas compartilhadas de cuidado dentro e fora do consultório.

Paula Romite: Nessa perspectiva de atuação do (a) psicólogo (a) na clínica e para além das paredes do consultório, me conecto com o livro “Praticando a Terapia como Construção Social”, do qual você é um dos coautores, junto com a Sheila McNamee e Pedro Martins, e no qual aborda a relação entre os contextos micro e o macrosocial. Nesse sentido, gostaria de saber sobre essa relação e qual é sua implicação para a atuação do (a) psicólogo (a) clínico (a).

Emerson Raser: Quando você pede para eu falar sobre essa questão do micro e do macrosocial dentro desse contexto que estamos conversando, sobre saúde mental, sobre psicodiagnóstico, temos que ter em mente os processos de produção de sentido. É importante salientar que quando consideramos o processo de produção de sentido, não consideramos a pessoa a partir de uma perspectiva internalista

e individualizante, mas como a linguagem sendo construtora da sua identidade em uma perspectiva social, histórica e relacional. Ou seja, construcionistas sociais observam os relacionamentos, os discursos e tomam o indivíduo como uma construção socio-histórica.

Então, é muito importante que, quando estivermos em um atendimento clínico, nós contextualizarmos a fala do cliente a partir desses discursos mais amplos e mantenhamos uma postura dialógica. Quando falamos da relação entre o micro e o macro significa que, em uma sessão psicoterapêutica, as relações e os sentidos que ocorrem ali no contexto microssocial estão atravessados pelo contexto macrossocial, pois, ressaltando o que já foi dito, produzimos sentido a partir desses discursos socialmente disponíveis que foram historicamente construídos.

Agora, a psicoterapia possui uma origem e história individualizante. Essa relação entre o individual e o social foi sendo mais ou menos revista dependendo da abordagem teórica. Para construcionistas sociais, o micro e o macro estão sempre interconectados, e os discursos presentes na prática psicoterapêutica são sempre pautados por relações de poder, há sempre alguém que ganha e alguém que perde com determinado discurso. Nesse sentido, os construcionistas sociais estão interessados e preocupados com essas relações de poder, com a opressão e com a resistência que ali se encontra.

Historicamente, os (as) psicólogos (as) se interessaram mais pelos aspectos micro do que macro na terapia. Entendo que é importante rever esse desequilíbrio. A preocupação com os aspectos macro se refere ao reconhecimento de como o sofrimento pode estar associado a discursos sociais que limitam as possibilidades de vida das pessoas. Nesse sentido, não se trata o sofrimento de uma paciente mulher, por exemplo, sem considerar sua relação com as condições de gênero da nossa sociedade. Isso não significa que na prática clínica temos de assumir uma postura de psicoeducação junto aos nossos clientes, de ensiná-los o que é machismo, sexismo, racismo, homofobia. O convite é para refletir como esses discursos estão presentes no nosso modo de ouvir o que os clientes trazem e que vão influenciar nas perguntas que

fazemos a eles. Então, se trata aqui, eu diria, de um ativismo dialógico, uma forma de produzir mudança junto com o outro e não uma mudança a despeito do outro. Um ativismo do (a) psicólogo (a) que reconhece as opressões e trabalha junto com o outro nas formas de lidar com essas opressões.

Quando falamos de um ativismo do (a) psicólogo (a) clínico (a), a pergunta que surge é: “É possível mudar o social a partir das práticas clínicas?” Essa pergunta merece um maior investimento por parte dos (as) terapeutas. Inicialmente, entendo que ao assumir uma posição crítica, apostamos na possibilidade de transformar discursos, sendo que, a cada conversa, vamos transformando sentidos que podem reverberar em outras relações.

Também é importante pensar nas possibilidades de politização dessas conversas. Temos na história psi vários exemplos, como o movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica, em que profissionais inseridos nos serviços de saúde mental adotaram uma postura política na produção de outras formas de cuidado. É preciso enfatizar a importância desse compromisso. Se compreendemos que o sofrimento humano tem a ver com determinados discursos sociais, com determinadas condições de vida, nos importa transformar não apenas a narrativa das pessoas individualmente, mas transformar discursos sociais e transformar condições de vida. Os (as) psicólogos (as) clínicos (as) têm um papel fundamental nesse processo.

Alguns autores da chamada “Just Therapy” dizem que os (as) psicólogos (as) clínicos (as) são “termômetros da dor”. Os (as) psicólogos (as) clínicos (as) ouvem as dores das pessoas, e muitas delas têm dores compartilhadas, justamente devido às condições da sociedade em que elas vivem. Então, estes profissionais estão num lugar privilegiado para ecoar essas vozes e criar alternativas para que elas possam ser ouvidas para além do contexto do consultório. Não se trata de compartilhar depoimentos individuais de pacientes, mas questionar discursos e práticas promotoras do sofrimento.

Isso pode implicar ações amplas e variadas. Por exemplo, implicar que um (a) psicólogo (a) clínico (a) participe de debates públicos sobre determinada

questão de saúde; questione o horário de funcionamento dos serviços de saúde; faça seu trabalho de forma articulada com instituições como escolas, empresas, serviços da assistência social ou sistema judiciário; participe de protestos públicos; atue junto a vereadores e deputados para pensar e alterar questões em relação à saúde mental; dê entrevistas para os diferentes meios de comunicação para refletir sobre essas questões; promova a participação social de seus pacientes. Ou seja, há diferentes formas de pensar a transformação dos discursos e práticas por meio de um ativismo mais claro e explícito do (a) psicólogo (a) clínico (a).

Quanto a isso, é importante chamar a atenção de que, muitas vezes, no contexto da clínica se fala sobre uma neutralidade do (a) psicólogo (a), porém, para construcionistas sociais não é possível essa neutralidade, no sentido de que, mesmo que você seja muito cuidadoso com as observações que você faz, com as perguntas que você faz, elas sempre partem de um ponto de vista. E, portanto, temos que assumir, na verdade, uma postura reflexiva sobre como é que estamos participando dessas conversas.

Então, quando falamos de uma prática ativista dentro e fora do consultório, isso é só uma ampliação daquelas conversas do consultório. Ela deve se pautar sempre em uma postura dialógica, de convite ao outro, pois cada paciente vai se envolver com essas situações, essas questões, no seu ritmo e na sua possibilidade. Contudo, a ideia é entender que tudo isso é forma de cuidado, e não apenas uma escuta atenta, generosa, pautada na construção de novos sentidos e novas narrativas.

Essa postura socializante e politizante que estamos conversando se baseia em uma reflexão ética. Não estamos falando aqui de uma ética burocrática, de uma ética tecnicista. Claro que devemos respeitar o nosso código de ética, isso é muito importante, mas estamos falando além, para o compromisso com a sociedade em que vivemos, lembrando que os (as) psicólogos(as) clínicos(as) têm essa responsabilidade. Sabemos que, por vezes, há determinadas culturas terapêuticas que vão prezar por uma postura do terapeuta como neutro, em que nada pode se saber sobre o profissional e em que ele não deve

se posicionar publicamente. Para construcionistas sociais, a perspectiva é distinta, é uma outra forma de trabalhar, é falar de um (a) psicólogo (a) clínico (a) sensível ao mundo e que do mesmo jeito que aposta no cuidado com os seus clientes, aposta também na transformação das condições da sociedade.

Paula Romite: Sinto vontade de deixar um espaço aberto para algumas palavras finais, destinadas aos leitores, psicólogos (as) e outras formações, que realizarão a leitura desta entrevista.

Emerson Rasera: Quero finalizar agradecendo a oportunidade de participar dessa conversa com você. Gostaria de deixar o convite para pensar a questão da saúde mental, os diagnósticos, as relações entre o contexto micro e macrossocial e do ativismo a partir de uma clínica social e política. Ou seja, que reconheça as condições sociais que produzem determinadas formas de adoecimento e saúde, de sofrimento e felicidade. E que nos ajuda a lembrar que cada uma das nossas práticas psi, por mais que em alguns contextos possam parecer que elas sejam relacionadas a indivíduos, na verdade elas sempre são parte e contribuem para uma determinada forma de vida social. Então, o que a gente faz com cada cliente, com cada relação, é produzir uma certa forma de vida social e, sendo assim, essas práticas têm consequências não apenas para pessoas com as quais a gente está em interação, mas para todas as outras pessoas que estão inseridas no contexto que elas e que a gente está vivendo. Espero que sigamos refletindo e que possamos rever nossos currículos, nossas práticas profissionais e nossas instituições. Obrigado!

Paula Romite



Psicóloga e mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia - MG.

E-mail: paularomite@gmail.com

Emerson Fernando Rasera

Psicólogo e doutor, professor do curso de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia - MG. *E-mail:* emersonrasera@ufu.br

Consequências Contemporâneas da Violência Doméstica e Familiar em Mulheres: Revisão da Literatura

Patricia G. Navarro¹ , Andressa K. M. de Oliveira² , Antonio R. Carias³  e Karinna P. Gôngora⁴ 

Departamento de Psicologia, Universidade São Francisco, Campinas, São Paulo, Brasil

Resumo: A violência doméstica e familiar contra a mulher é um grave problema de saúde pública e, sendo um fenômeno atravessado pelas discussões de gênero, estima-se que milhares de mulheres brasileiras foram vítimas de violência na última década. Diante deste cenário, o presente estudo de revisão tem como objetivo compreender, na literatura científica nacional, as consequências contemporâneas da violência doméstica e familiar na vida das mulheres brasileiras. Para alcançar esta proposta, foi realizada uma busca no Portal de Periódicos da CAPES, com os seguintes descritores: “Violência Doméstica”, “Mulheres” e “Saúde Mental”, abarcando o período de 2018 a 2022. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados cinco estudos para o corpus da revisão. Para discutir os achados, foram elaborados três eixos temáticos que desvelam as consequências contemporâneas da violência doméstica na vida das mulheres brasileiras. “Isolamento Social” é o primeiro eixo temático, e discorre sobre a restrição dos vínculos interpessoais de mulheres em relacionamentos conjugais abusivos. “Autoestima Fragilizada” desvela os impactos das crenças deste público a partir do contexto da violência doméstica. “Depressão e Risco de Suicídio” é o terceiro e último eixo temático e apresenta o cenário de adoecimento psíquico e desamparo existencial destas mulheres que são vítimas da violência. Espera-se que o presente estudo contribua na discussão contemporânea sobre o tema, e na criação de novas estratégias psicossociais afinadas às necessidades desta população.

Palavras-chave: violência doméstica, saúde mental, mulheres

Contemporary Consequences of Domestic and Family Violence in Women: Literature Review

Abstract: Domestic violence against women is a serious public health problem and, as a phenomenon permeated by gender discussions, it is estimated that thousands of Brazilian women have been victims of violence in the last decade. Given this scenario, the present review study aims to understand, in the national scientific literature, the contemporary consequences of domestic and family violence in the lives of Brazilian women. To achieve this proposal, a search was carried out on the CAPES Periodicals Portal, with the following descriptors: “Domestic violence”, “Women” and “Health”, covering the period from 2018 to 2022. After applying the eligibility criteria, five studies were selected for the review corpus. To discuss this scenario, three thematic axes were created that reveal the contemporary consequences of

¹ Bióloga e Psicóloga clínica. Especializanda em Psicanálise com ênfase na clínica contemporânea pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas). *E-mail:* patriciagnavarro@yahoo.com.br

² Graduada em Psicologia pela Universidade São Francisco (USF). *E-mail:* andressa.mendes@mail.usf.edu.br

³ Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Realizou Treinamento Avançado em Abordagens em Dependência Químicas e Psicoterapia Breve pela Universidade Estadual de Campinas. Docente da Faculdade de Psicologia e Coordenador da Residência em Saúde Mental da Universidade São Francisco (USF). *E-mail:* antonio.carias@usf.edu.br

⁴ Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Especialista em Psicologia Analítica. Mestre em Saúde Mental e Psicofarmacologia pela Universidad de Almería. *E-mail:* karinna.gongora@usf.edu.br

domestic violence on the subjectivity of Brazilian women. "Social Isolation" is the first thematic axis, and discusses the restriction of interpersonal bonds of women in abusive marital relationships. "Fragilized Self-Esteem" reveals the impacts of this public's beliefs from the context of domestic violence. "Depression and Risk of Suicide" is the third and final thematic axis and presents the scenario of psychological illness and existential helplessness of these women who are victims of violence. It is hoped that the present study will contribute to the contemporary discussion on the topic, and to the creation of new psychosocial strategies tailored to the needs of this population.

Keywords: domestic violence, mental health, women

introdução

O lar é conhecido como um local de afeto, ou pelo menos assim deveria ser. A violência ocorrida dentro dos lares é um fato histórico e cultural que acomete, principalmente, as mulheres. Estima-se que, no ano de 2022, 30% das mulheres brasileiras sofreram algum tipo de violência ou agressão (Cerqueira et al., 2023). A lei Maria da Penha (*Lei nº 11.340*, 2006), cujo nome é uma homenagem a uma cidadã brasileira vítima da violência realizada pelo ex-companheiro, possibilita nomear e legislar sobre os tipos de violência vividos pela mulher (Fonseca et al., 2012). De acordo com essa legislação, a violência doméstica e familiar é composta por todo ato ou omissão fundamentado no gênero e que produz sofrimento emocional, físico, sexual, dano moral, lesão e/ou morte e que acontece no âmbito doméstico, familiar ou em qualquer relação íntima, independente da coabitação. Dentre as diversas manifestações da violência doméstica e familiar, a lei destaca a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (*Lei nº 11.340*, 2006). Em todas essas manifestações da violência doméstica e familiar há repercussões emocionais significativas que merecem atenção psicológica especializada. Na atualidade, a Lei nº 13.104 (2015) visa somar na proteção à mulher, nomeando o feminicídio como homicídio de mulheres por parceiros íntimos e destacando a relação desse crime com o histórico de violência doméstica e familiar, além de garantir os direitos essenciais para a proteção e garantia da vida dessas mulheres (*Lei 13.104*, 2015).

Atualmente, a violência contra as mulheres é amplamente reconhecida como grave violação dos direitos humanos (Garcia-Moreno et al., 2006). Se antes as mulheres eram consideradas pessoas subordinadas aos seus cônjuges, a partir da década de 1960 elas passam a reivindicar direitos em uma sociedade patriarcal. Nesta época, inspiradas pelas contribuições do movimento feminista, muitas mulheres desafiaram o sistema e assumiram funções e tarefas antes reservadas aos homens (Bianchini, 2014; Mâncio et al., 2020).

Apesar das conquistas das mulheres quanto aos seus direitos, prevalece ainda na sociedade uma cultura que oprime e desqualifica a condição existencial da mulher. A misoginia, preconceito socialmente construído que propaga o ódio ou a aversão à condição da mulher, inibe o desenvolvimento de políticas públicas, de serviços qualificados, de atitudes fraternas e empáticas perante as necessidades emocionais e psicossociais das mulheres. O preconceito misógino se manifesta como tratamento desigual entre os gêneros, visto que, na cultura patriarcal, o homem é historicamente representado com atributos de superioridade física e/ou intelectual, enquanto as mulheres são representadas como vulneráveis e dependentes (Vergara, 2018). Neste contexto social, marcado pela opressão às mulheres, destaca-se uma cultura que representa o homem como dominador e a mulher como dominada (Duarte, 2022).

Para Saffioti (2002), essa relação opressiva do gênero masculino para com o gênero feminino pode ser nomeada como relação de dominação-exploração. De acordo com a autora, o gênero masculino historicamente cunhou regras sociais de conduta, recebendo da sociedade uma tolerância para punir aqueles que se desviam das normas. Neste contexto, mulheres em situação de violência doméstica e familiar eram culpabilizadas pelo seu sofrimento, dada a conjuntura que fortalecia a dominação masculina e justificava atos de opressão aos que desafiassem as normas culturais e sociais.

Com a luta pelos direitos das mulheres, a discussão sobre a violência doméstica e familiar ganhou gradativamente espaço na mídia, na interação social e na produção do conhecimento. Atualmente, sabe-se que esta violência acontece dentro de um ciclo abusivo de relacionamento (D'Agostini et al.,

2021). Há um padrão de abuso pelo parceiro íntimo, visível em gestos como tapas, chutes, queimaduras, tentativas de estrangulamento, controle da rotina, coerção sexual, desqualificação moral, ameaça às pessoas da família, intimidações, humilhações e destruição de objetos com significado afetivo (Day et al., 2003). Tanto o agressor como a pessoa agredida são vítimas deste ciclo abusivo e merecem atenção psicológica e psicossocial para lidar com os impactos e consequências desta violência (Cruz et al., 2018).

Considerando esse cenário em que o agressor e a pessoa agredida são vítimas de um histórico ciclo de violência, frequentemente transmitido culturalmente entre as gerações, compreender o ciclo do abuso e da violência visa descrever comportamentos para identificar, nomear e auxiliar as pessoas envolvidas – as mulheres agredidas e os agressores – na autopercepção sobre o padrão de abuso e violência na história de vida (Soares, 2005). Em intervenções terapêuticas e/ou intervenções psicossociais, busca-se promover a autopercepção sobre o ciclo do abuso e da violência, acolher a demanda emocional que surge e trabalhar para a criação de novos repertórios ou estratégias relacionais que visem quebrar esse ciclo de violência (Silva, 2021).

Desse modo, Nogueira (2018) descreve três fases no ciclo de abuso e violência. A primeira é composta pelas agressões verbais, ameaças e destruição de objetos pelo agressor, e a mulher sente-se culpada pelos acontecimentos. Nessa etapa, a mulher acredita que é responsável pelas atitudes do parceiro e, em razão disso, busca se comportar para diminuir a intensidade da raiva dele. Na segunda fase, há o pico ou ponto máximo da tensão que culmina em agressão física. Neste momento, a mulher se sente invadida e o agressor confuso quanto aos seus próprios sentimentos na relação conjugal. Na terceira e última fase, há o remorso do agressor e o medo de perder a companheira, o que mobiliza da sua parte a tentativa de reconciliação. Do ponto de vista da mulher, a mudança comportamental do seu parceiro acena a possibilidade de uma nova vida, ou seja, de uma nova tentativa de resgatar o relacionamento. Contudo, frequentemente o ciclo se reinicia, instalando o sofrimento emocional em todos os envolvidos.

Apesar dos avanços obtidos com as legislações, há desafios para a garantia da proteção,

cidadania e dignidade das mulheres em situação de violência. Há correlação entre violência doméstica e familiar e desenvolvimento de sofrimento mental nas mulheres. Os impactos são visíveis nos sintomas depressivos, ansiosos, de estresse pós-traumático, de automutilação e de ideação suicida (Koss, 1990; Silva et al., 2019).

Netto et al. (2014) avaliaram as consequências emocionais da violência contra a mulher e identificaram que essa população vive prejuízos significativos nos âmbitos psicológico, corporal e social. Dentre os sintomas físicos, destacam-se a insônia, a cefaleia, a fadiga, a constipação e o emagrecimento. As consequências emocionais foram os sentimentos de aniquilação, tristeza, desânimo, solidão, baixa autoestima, incapacidade, impotência, ódio e inutilidade. Dentre as consequências do campo social, destacam-se o isolamento e a dificuldade para construir novas relações interpessoais.

Morais (2009) identifica que mulheres em situação de violência doméstica e familiar têm mais probabilidade de desenvolver um episódio depressivo do que as mulheres que se separaram do parceiro íntimo. Sintomas como irritabilidade, tristeza, pessimismo, insatisfação, culpa e ideação suicida eram comuns nos discursos das mulheres em situação de violência. Esse resultado contraria o imaginário social de que um relacionamento íntimo está associado à proteção e prevenção ao sofrimento mental significativo.

Tendo em vista o cenário contemporâneo em que as mulheres são desafiadas por uma sociedade que mantém valores patriarcais, apesar das conquistas nos direitos político-sociais das mulheres, cabe se questionar como se manifesta as consequências da violência vivida por esse público. Deste modo, o objetivo do presente estudo de revisão de literatura é compreender as consequências contemporâneas da violência doméstica e familiar na vida de mulheres brasileiras.

Estratégias Metodológicas

Para acessar o objetivo desta pesquisa, foi realizada uma revisão integrativa que visa agrupar e discutir os principais achados na área. Essa proposta

de revisão é uma prática baseada em evidências (PBE), que possibilita a síntese do conhecimento (Souza et al., 2010). A revisão integrativa tem sido apontada como uma importante ferramenta no campo da saúde, pois ao sintetizar as pesquisas disponíveis sobre determinada temática, ela instrumentaliza o profissional inserido nas atividades práticas. Para a sua elaboração, se faz necessária a adoção de seis etapas, as quais apresentam um rigor metodológico em busca de evidências sobre determinado assunto (Souza et al., 2010; Soares et al., 2014).

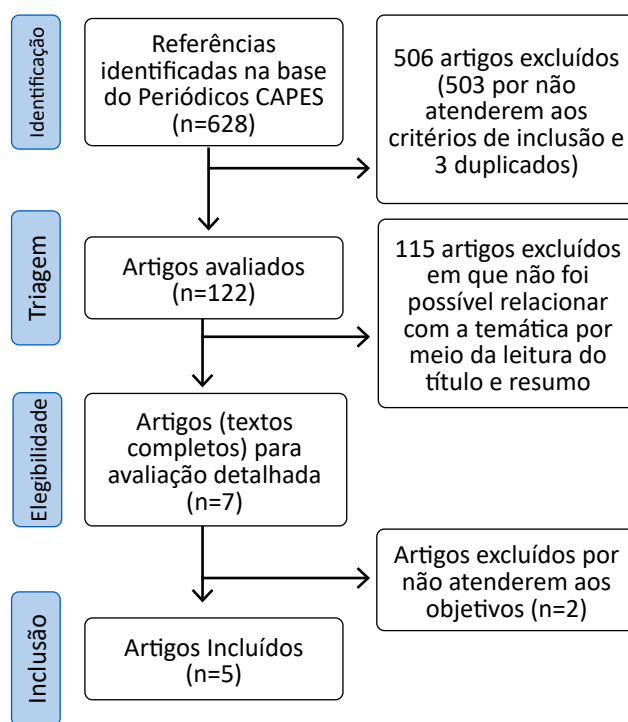
A primeira etapa é a elaboração da pergunta que inaugura a revisão. A pergunta norteadora possibilita direcionar o foco da busca e a construção dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos. Na sequência, a segunda etapa é o pareamento das palavras-chave relacionadas ao foco da pesquisa em uma ou mais bases de dados. Na etapa da coleta de dados, os estudos são selecionados por meio dos critérios de inclusão e exclusão. Nesta etapa, os pesquisadores selecionam gradativamente os artigos por meio da leitura dos títulos, resumos e textos completos. A análise crítica dos artigos incluídos é a quarta etapa e consiste na leitura do *corpus* final da revisão em busca da apreensão dos eixos temáticos. A discussão dos resultados e a apresentação do manuscrito da revisão integrativa são, respectivamente, o quinto e o sexto passos (Souza et al., 2010).

No presente estudo, a pergunta norteadora é: como se manifestam as consequências contemporâneas da violência doméstica e familiar contra as mulheres no cenário nacional? Para acessar o tema foram pareados os descritores “Violência doméstica”, “Mulheres” e “Saúde” no Portal de Periódicos da CAPES com o operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão da busca foram: a) artigos dos últimos cinco anos (2018-2022); b) publicados na língua portuguesa; c) disponíveis integralmente na base de dados; d) revisados por pares; e) que abordassem as consequências em mulheres em situação de violência. Foram excluídos os artigos que: a) abordassem tangencialmente o assunto; b) repetidos; c) livros, capítulos de livros, dissertações ou teses acadêmicas.

Por meio do uso das palavras-chave no Portal de Periódicos da CAPES, retornaram 628 estudos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, retornaram 125 artigos. Desse total, três estudos repetidos foram excluídos. De 122 artigos restantes, foram realizadas a leitura dos títulos e dos resumos, e somente sete artigos foram selecionados. Após a leitura do texto na íntegra, apenas cinco estudos compuseram o *corpus* final da revisão de literatura. Esse processo está ilustrado na figura 1.

Figura 1

Fluxograma da seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa.



Nota. Elaborada pelos autores, conforme recomendação PRISMA (Moher et al., 2009).

Por meio da leitura na íntegra dos cinco artigos, foram analisadas as características metodológicas dos estudos, características da violência doméstica e compreensão do seu impacto na vida das mulheres. Os artigos foram lidos na íntegra e, após leitura flutuante e discussão em grupo, três eixos temáticos foram elaborados. Cada eixo desvela uma faceta das consequências contemporâneas da violência doméstica nas mulheres.

Resultados e Discussão

A presente seção contém os principais resultados da revisão e a discussão dos eixos temáticos. Dentre os estudos que compõem o *corpus* desta revisão, destaca-se os seguintes dados: primeiramente, os artigos selecionados foram publicados entre 2018 e 2022, sendo dois deles em 2018 e um artigo respectivo para os anos de 2019, 2021 e 2022. Em relação aos estados do país onde os estudos foram realizados, há dois artigos do estado da Bahia, dois do Rio Grande do Sul e um da Paraíba. Os estudos foram publicados em revistas da enfermagem e um artigo em revista da área interdisciplinar de saúde mental. No que se refere à classificação das revistas em que os artigos selecionados foram publicados, no período de 2018 a 2022, um estudo pertence a uma revista A4, três estudos foram publicados em revista de nota B1 e um estudo foi publicado em uma revista B3. Todos os artigos selecionados são empíricos e de abordagem qualitativa, ou seja, são estudos que focam nos significados das experiências humanas.

Tabela 1

Informações descritivas das publicações selecionadas para a revisão.

ID	Autores/Ano	Revista	Qualis	Caráter	Objetivo
1	Correia et al. (2018)	Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas	B1	Empírico, qualitativo	Identificar sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica.
2	Guimarães et al. (2018)	Revista Cuidarte	B1	Empírico, qualitativo	Investigar qual o impacto na autoestima de mulheres vítimas de violência.
3	Paz et al. (2019)	Aquichan	A4	Empírico, qualitativo	Analisar as vulnerabilidades de mulheres atendidas em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência.
4	Nogueira et al. (2021)	Revista Enfermagem Contemporânea	B3	Empírico, qualitativo	Compreender as situações e repercussões de violência doméstica na saúde das mulheres abrigadas em uma casa de passagem.
5	Gomes et al. (2022)	Cogitare Enfermagem	B1	Empírico, qualitativo	Desvelar a permanência de mulheres em um cotidiano conjugal violento.

Nota. Elaborada pelos autores com base em Correia et al. (2018); Guimarães et al. (2018); Paz et al. (2019); Nogueira et al. (2021); Gomes et al. (2022).

Quanto às características metodológicas dos estudos selecionados, destacam-se os seguintes dados: a amostra de participantes varia entre oito a vinte e nove mulheres; a entrevista semiestruturada é o principal estilo de entrevista utilizado, e dentre os instrumentos do processo de entrevista, destacam-se o uso de formulários, roteiros e diários de campo. Quanto aos resultados dos estudos, observa-se que a violência doméstica produz sofrimento emocional significativo que impacta a qualidade de vida e as relações interpessoais.

Tabela 2*Aspectos metodológicos e principais resultados das publicações*

ID	Amostra	Tipo de Entrevista	Instrumentos	Resultados/Discussão
1	10 mulheres	Entrevistas semiestruturadas	Formulário	As entrevistas apontam para labilidade emocional, baixa autoestima, impotência, angústia e impulsividade vividas pelas mulheres. A ideação, o planejamento e a execução da tentativa de suicídio são fatores de risco identificados nos relatos das vítimas de violência doméstica.
2	11 mulheres	Oficinas e entrevistas semiestruturadas	Diário de campo	Dentre as consequências do impacto da violência doméstica, destacam-se a depressão, insônia, traumas, perda da identidade feminina, baixa autoestima, dependência financeira, perda da liberdade e submissão.
3	15 mulheres	Entrevistas semiestruturadas	Os autores não apresentaram o tipo de instrumento utilizado	As entrevistas desvelam vulnerabilidades individuais e sociais. As mulheres vivenciam isolamento social, medo e vergonha em denunciar o agressor. Destacam-se os sentimentos de tristeza, indignação, autoestima fragilizada e vulnerabilidades sociais baseadas na desigualdade entre os gêneros.
4	08 mulheres	Entrevistas semiestruturadas	Roteiro	As respostas aos roteiros desvelam que as situações de violência afetam a saúde mental das mulheres, acarretando traumas e perda da liberdade.
5	29 mulheres	Entrevistas semiestruturadas	Roteiro	As histórias de vida relatadas nas entrevistas desvelam o comprometimento psicoemocional das mulheres em razão da violência vivida. Destacam-se os sentimentos de ambivalência, rebaixamento da autoestima e depressão.

Três eixos temáticos foram elaborados para discorrer sobre as consequências contemporâneas da violência doméstica e familiar na vida das mulheres brasileiras. Cada eixo possibilita refletir sobre uma faceta das consequências dessa violência, o que viabiliza novas perspectivas de compreensão do fenômeno e atuação psicossocial para manejá-lo. O primeiro eixo é “Isolamento Social” e descreve o movimento das mulheres de se isolarem da família extensa e dos amigos, como estratégia de sobrevivência emocional. “Autoestima Fragilizada” é o segundo eixo temático e contempla uma discussão acerca da vulnerabilidade corporal frente às agressões físicas e psicológicas de um parceiro íntimo em um relacionamento abusivo. Finalmente, “Depressão e Risco de Suicídio” é o terceiro e último eixo e aborda o adoecimento psíquico que culmina na depressão, fatalismo, desespero e nas tentativas de suicídio.

Isolamento Social

Dentre as consequências contemporâneas da violência doméstica e familiar, os estudos agrupados nesta categoria evidenciam o isolamento social no qual as mulheres se veem submetidas, como, por exemplo, o comprometimento das atividades laborais e a dificuldade de iniciar ou manter os relacionamentos interpessoais, levando-as à perda da liberdade, dependência financeira e à submissão. Dado o contexto abusivo, as mulheres se isolam socialmente, seja em razão da imposição abusiva/agressiva do parceiro ou em razão de uma estratégia de sobrevivência psíquica para conter os agravos do cenário de violência vivido. A imposição de restrição da liberdade pelo parceiro íntimo favorece o desenvolvimento de um quadro depressivo em muitas mulheres. O isolamento tem como principal motivo a vergonha e o medo de novas atitudes violentas por parte do parceiro (Netto et al., 2016).

Por meio da revisão da literatura, foram encontrados três artigos que tratam do tema em questão. Primeiramente, Paz et al. (2019), ao estudarem as vulnerabilidades das mulheres em situação de violência doméstica, identificam desafios na criação e manutenção dos vínculos interpessoais. A opressão vivida dentro de casa, perpetuada por um parceiro íntimo abusivo/agressor, produz um cenário ambiental em que a mulher se vê refém de um ciclo de abuso, violência e sofrimento. Com medo de denunciar o agressor, essas mulheres se veem submetidas a um ciclo de violência contínuo, de saída marcado pela desesperança, levando-as ao isolamento social, dependência financeira e restrição dos vínculos familiares e sociais.

Em segundo, Guimarães et al. (2018) concluem que o sentimento de posse e a dominação masculina constituem o principal tipo de agressão sofrida pelas mulheres, as quais são silenciadas sob condições físicas e psíquicas, fazendo com que elas se isolem e sofram intensamente. Finalmente, Correia et al. (2018) revelam que a violência doméstica pode desencadear nas mulheres um sentimento de impotência diante da vida. As mulheres, ao se sentirem cotidianamente inferiorizadas pelos homens, desligam-se das atividades de que costumavam gostar, inclusive das relações interpessoais e do trabalho, e passam a se defender de um contexto abusivo, agressivo e invalidante por meio do isolamento.

Diante das informações fornecidas pelos artigos do escopo da revisão, cabe o questionamento sobre como se constitui a rede de apoio das mulheres socialmente isoladas em razão da violência doméstica e familiar. Para desenvolver essa reflexão recorreremos a outros estudos, além do escopo da revisão, que nos auxiliam a tecer uma linha de raciocínio reflexivo. A primeira conclusão é que essa rede de apoio é extremamente frágil e marcada pela sensação de impotência. A família extensa e os amigos íntimos, muitas vezes, deixam de prestar ajuda à mulher devido ao comportamento violento apresentado pelo agressor, e que pode colocar a vida de todos em risco. Alguns membros familiares e amigos evitam o contato interpessoal com a mulher para não se envolverem com as demandas e conflitos

do casal. Nesse cenário, a mulher é frequentemente culpabilizada pela violência vivida, assim como é isolada por aqueles que poderiam lhe fornecer o devido amparo emocional (Martins & Bartilotti, 2015; Souza & Silva, 2019).

No contexto da pandemia de Covid-19, as mulheres ficaram duplamente isoladas, primeiro porque são excluídas, estigmatizadas e culpabilizadas pela condição vivida, segundo porque a pandemia exigiu uma nova configuração social em que as pessoas deveriam se isolar em suas casas devido à quarentena. Nesse contexto, apesar das violências vividas, muitas mulheres se sentiram desamparadas em razão da redução da jornada de trabalho e/ou escassez de serviços públicos de apoio às vítimas. Equipamentos da assistência social, segurança pública, saúde e justiça foram ajustados para escalas e/ou horários reduzidos devido à pandemia, o que gerou desafios no atendimento às necessidades dessa população durante o auge do período pandêmico. Muitas mulheres preferiram se isolar ainda mais, talvez para sobreviverem emocionalmente ao impacto das violências ou talvez para evitarem o desconforto da culpa e vergonha da exposição pública da vida doméstica/familiar (Feio et al., 2022).

Os sentimentos que fomentam o isolamento social das mulheres são a vergonha, culpa, inibição e medo. Muitas mulheres sentem-se culpadas pela agressão vivida, buscando se autorresponsabilizar pelos acontecimentos violentos. Inibidas e sentindo-se responsáveis pela agressão, essas mulheres se recolhem em suas casas e evitam qualquer tipo de relacionamento, aumentando o nível de violência e evitando que os agressores sejam conhecidos e notificados. Esta constelação afetiva vivida pelas mulheres se torna uma prisão afetivo-emocional capaz de facilitar o adoecimento psíquico e inibir a denúncia para os órgãos responsáveis pela proteção das vítimas (Martins & Bartilotti, 2015; Fonseca et al., 2012; Pontes et al., 2021).

O recorte de gênero é um importante fator a ser analisado no isolamento e silenciamento dessas mulheres, as quais se sentem desacreditadas pelo simples fato de serem mulheres. A submissão, isolamento social e silenciamento advêm de uma cultura machista e patriarcal que ensina o homem

a invalidar, isolar e silenciar as mulheres (López & Sánchez-Loyo, 2015). A violência por parceiro íntimo, e o consequente isolamento social, são mais evidentes na história de vida de mulheres negras e periféricas que, por estarem muitas vezes em contexto de vulnerabilidade social, apresentam maiores desafios para manter uma rede de apoio para se afastarem do agressor (Gomes et al., 2022).

Outra consequência bastante relevante, que compromete drasticamente a qualidade de vida dessas mulheres, é o afastamento do trabalho. Diante da violência doméstica, que devasta a saúde física e mental, essas mulheres são afetadas na qualidade do seu trabalho e sentem-se isoladas dos seus colegas de profissão e da sensação de autoeficácia. Presume-se que no mundo, um em cada cinco dias de absenteísmo feminino no trabalho, decorre em função da violência doméstica (Adeodato et al., 2005). Cerqueira et al. (2019) desvelam que mulheres que começaram a desenvolver sua independência econômica e financeira, passaram a sofrer mais violência física e psicológica pelos parceiros ou ex-parceiros íntimos, confirmando o ciclo misógino e patriarcal vigente na sociedade atual. Apesar da legislação contemporânea proteger o vínculo empregatício da mulher que vivencia violência doméstica e familiar, são frequentes os casos em que as mulheres perdem a autonomia e ficam presas em ciclos abusivos de agressão que fomentam o isolamento social (Oshiro, 2017).

Autoestima Fragilizada

No presente eixo temático, destaca-se a descrição dos estudos quanto ao impacto da violência doméstica e familiar na autoestima das mulheres. Sendo a autoestima o conjunto de atitudes que cada pessoa tem sobre si mesma, a depender do contexto social que ela está inserida, mulheres que sofrem violência psicológica têm sua autoestima diminuída (Carneiro & Freire, 2015; Mosquera & Stobäus, 2006).

Quanto aos estudos revisados, três artigos tratam desta temática. Primeiramente, Correia et al. (2018), ressaltam a importância que a autoestima tem na vida das mulheres. Quando a violência doméstica e familiar se torna presente na história

das participantes, os autores destacam o impacto dessa violência na autoimagem e no autocuidado. Muitas participantes descrevem o processo de adoecimento mental, que se inicia com o isolamento social e se expande com as dúvidas e inseguranças quanto à validade dos próprios sentimentos. Há reflexos desse impacto na autoestima feminina, quando as mulheres sentem-se menos capazes de lidar com desafios ou emoções. Muitas se sentem sobrecarregadas e abandonam o próprio cuidado corporal e mental.

Paz et al. (2019) identificam os principais impactos na autoestima das mulheres que vivenciam a violência. Ao se sentirem controladas pelo parceiro, as mulheres vivenciam um sistema de dominação opressor e paralisante, no qual elas perdem o controle do próprio corpo e dos pensamentos e se sentem desvalorizadas. Inicialmente, há isolamento social e medo de denunciar, mas, na sequência, aparecem os impactos na autoestima e na autoimagem, como autocobrança, culpa, críticas à própria história e ao próprio corpo. Essas vulnerabilidades afetam a mulher, que se sente desamparada e desenvolve uma imagem distorcida sobre si e sobre o mundo.

Por fim, Gomes et al. (2022) afirmam que há mulheres que se identificam com as ofensas e humilhações proferidas pelos seus parceiros e ex-parceiros, o que desvela um rebaixamento da autoestima e do autocuidado. De acordo com os autores, dado o impacto na autoestima, aliado ao contexto histórico de uma sociedade patriarcal, muitas mulheres são tomadas pela crença de que o sentimento de posse e o padrão de controle dos homens são uma manifestação de amor e cuidado pela relação conjugal. Essa interpretação distorcida inviabiliza muitas denúncias e facilita a manutenção de relacionamentos conjugais abusivos.

Diante dos dados fornecidos pelos artigos do escopo de revisão, cabe o questionamento sobre qual a relação entre a diminuição da autoestima e o sofrimento mental significativo. Para desenvolver essa reflexão, recorreremos a outros estudos fora do escopo de revisão. Segundo Day et al. (2003), a destruição da autoestima contribui para o surgimento de transtornos mentais como depressão, estresse pós-traumático, abuso de álcool e/ou

drogas e tentativas de suicídio. Observa-se que a violência física e psicológica produz efeitos nefastos na subjetividade feminina, quando a mulher tem a autoestima diminuída e passa a depender emocional e financeiramente de seu agressor.

Paiva et al. (2017) descrevem que muitas mulheres têm a autoestima afetada porque os homens agressores as culpabilizam pela agressão. Nesse sentido, as mulheres são culpabilizadas, enquanto os agressores se esquivam da responsabilidade dos seus atos. Para Dourado e Noronha (2014), o tapa no rosto de uma mulher possui um significado cultural emblemático da violência em nossa cultura e sociedade. O rosto, em muitas culturas, é uma das partes do corpo mais valorizadas e que representa a identidade. O dano associado a essa região possui forte carga simbólica, na medida em que machuca um símbolo identitário e reforça a opressão masculina sobre o corpo feminino. Talvez essa associação simbólica explique a frequente agressão física dos homens ao baterem no rosto das mulheres.

De acordo com Paiva et al. (2022), o constructo autoestima deve ser trabalhado em um processo psicoterapêutico destinado às mulheres em situação de violência, seja no enquadre individual ou grupal. Mulheres que participam de psicoterapia grupal fortalecem a autoestima e conseguem romper com o ciclo da violência (Rodríguez & Pazmiño, 2019).

Porém, ainda há uma carência de equipamentos e serviços afinados às necessidades dessa população. Balbuena (2011), por exemplo, destaca que as delegacias de defesa da mulher não oferecem um atendimento que contemple os aspectos psicossociais das vítimas, e particularmente destaca a importância da formação continuada dos profissionais desta delegacia para que sejam capacitados a acolher, validar e manejar o sofrimento feminino em razão da violência doméstica e familiar.

Depressão e Risco de Suicídio

Esta categoria temática agrupa os achados dos estudos de revisão quanto à relação entre violência doméstica e adoecimento mental das vítimas, sofrimento que se manifesta como depressão e risco de suicídio. Dado o impacto

da violência doméstica em suas vidas, muitas mulheres vivenciam a impotência, desesperança e o medo quanto ao futuro da própria história. Esses sentimentos, despertados pelo contexto ambiental insalubre, facilitam o aparecimento de sinais e sintomas depressivos. Como última manifestação do sofrimento psíquico, a ideação e/ou planejamento suicida estão presentes na história de mulheres em situação de violência e que adoeceram mentalmente. Nesse sentido, o comportamento suicida está frequentemente associado à impossibilidade de o indivíduo identificar alternativas viáveis para a solução dos seus conflitos, enxergando a morte como o único caminho para aliviar o seu sofrimento. Neste sentido, detectar e tratar adequadamente a depressão reduz as taxas de suicídio (Barbosa et al., 2011).

No escopo da presente revisão, foram encontrados três artigos que discutem sobre a depressão e o suicídio. Primeiro, nos estudos de Correia et al. (2018), mulheres com histórico de violência doméstica apresentaram comportamentos depressivos, destacando-se a labilidade emocional, sensação de impotência, angústia e impulsividade, que podem evoluir para ideação ou planejamento suicida. Muitas mulheres descrevem que buscam cessar a dor psíquica insuportável que sentem e veem como única solução a morte. Embora nem sempre isso aconteça, o estudo demonstrou que pode haver uma evolução para condutas suicidas, manifestada por características psicológicas expressivas, como a rigidez do pensamento, impulsividade e ambivalência.

Já Guimarães et al. (2018) identificam que a violência doméstica produz graves prejuízos psicológicos para as mulheres, destacando-se a depressão como transtorno mental associado ao contexto violento vivido por esse público. Por último, Gomes et al. (2022) sinalizam que a violência doméstica compromete emocionalmente as mulheres e que a depressão é uma das consequências geradas em um relacionamento abusivo.

Diante dos artigos revisados, cabe ampliar a discussão e destacar o fato de que os estudos indicam que o sofrimento psíquico e seu efeito cumulativo podem facilitar o aparecimento de

doenças psicossomáticas e transtornos mentais, destacando-se a depressão como sofrimento mental significativo em mulheres vítimas de violência (Fonseca et al., 2012). Para corroborar esse raciocínio, recorreremos a estudos que ampliam essa reflexão. Adeodato et al. (2005) identificam que a qualidade de vida das mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo foi afetada, sendo que 72 % tiveram pelo menos um episódio de depressão, 38 % pensaram na possibilidade de suicídio e 24 % passaram a fazer uso de medicamentos psiquiátricos após o início das agressões.

Segundo Correia et al. (2014), a depressão é o principal transtorno mental que é identificado nas entrevistas das mulheres com ideação, planejamento e/ou tentativas de suicídio. Botega et al. (2005) estudam os fatores associados ao suicídio e identificam que o transtorno depressivo maior está relacionado a esse tipo de sofrimento. Parece que os sintomas depressivos contribuem para as ideações, planejamentos e/ou tentativas de suicídio (Chachamovich et al., 2009). Soma-se aos sinais e sintomas depressivos, a sobrecarga vivida pelas mulheres em nossa sociedade, dado que frequentemente elas são as figuras responsáveis pelo sustento e manutenção do lar (López & Sánchez-Loyo, 2015).

Meneghel et al. (2013) compreendem o suicídio como uma situação-limite na vida de mulheres, talvez como a única saída que muitas encontram para os conflitos sociais e interpessoais, os quais lhes geram sofrimento e mal-estar avassaladores. O isolamento social e a falta de acesso a serviços ou equipamentos de saúde ou assistência social, que possam servir como suporte a essas mulheres, agravam ainda mais a situação na qual se encontram. Nesse sentido, Devries et al. (2011) chamam a atenção para a necessidade de inserir a violência de gênero como prioridade nas estratégias de redução do risco suicida. Mulheres atendidas em serviços de saúde devido à violência grave permanecem vivendo em situação de vulnerabilidade, com risco de sofrer novas agressões e de repetir a tentativa de suicídio, tendo em vista a forte correlação existente entre violência doméstica e risco suicida.

Considerações finais

A presente pesquisa investiga as consequências contemporâneas da violência doméstica e familiar na vida de mulheres brasileiras no contexto da literatura nacional. Nosso país apresenta altos índices de violência doméstica e familiar contra mulheres, cujas consequências trazem danos psicossociais, muitas vezes tardios em serem reconhecidos. Conhecer os impactos dessa violência e como isso afeta a saúde das mulheres, pode contribuir para intervenções psicossociais afinadas às necessidades dessa população, assim como contribuir na promoção de práticas preventivas e educativas em saúde e direitos das mulheres.

O presente estudo destaca o isolamento social, a autoestima fragilizada, a depressão e o risco de suicídio como as consequências contemporâneas da violência doméstica e familiar na vida das mulheres brasileiras. Ainda que a mulher brasileira venha ganhando espaço e representatividade político-social, sobretudo em espaços antes dominados apenas pelos homens, a violência pela condição existencial feminina é, infelizmente, uma realidade comum no cotidiano da nossa população.

Produzir conhecimento nesta área contribui para nomear as violências vividas pelas mulheres e construir políticas públicas e intervenções especializadas. Cabe ressaltar que, assim como as mulheres sofrem em razão da violência vivida, os homens/agressores sofrem em razão da reprodução, muitas vezes inconsciente, da lógica patriarcal e do ciclo relacional de abuso e violência. Nesse sentido, tornam-se pertinente novos estudos sobre o cuidado multiprofissional ao agressor e a criação de estratégias e/ou intervenções para esse público historicamente negligenciado em termos de cuidado especializado. Prevalece, em nossa cultura, a construção de intervenções focadas nas demandas emocionais e psicossociais das mulheres agredidas, mas há carência de estudos e propostas interventivas voltadas aos agressores descritas na literatura nacional. Tratar das demandas psíquicas e sociais dos agressores possibilita prevenir futuras situações de conflito e violência doméstica e familiar.

Como limitação do presente estudo, destaca-se o seu recorte nacional, em

língua portuguesa. Sabemos que há artigos que descrevem a realidade brasileira descritos em língua inglesa ou espanhola; contudo, visando abarcar estudos acessíveis à consulta e à leitura da maioria dos profissionais brasileiros, foram excluídos da revisão os artigos em outros idiomas, apesar da potencialidade desses estudos. Considerando essa limitação dos resultados, sugerem-se novas revisões de literatura que abarquem artigos internacionais.

Os resultados obtidos via revisão de literatura, possibilitam pensar a prática profissional e as políticas públicas de cuidado a essa população. Se quatro trabalhos foram publicados em revistas da enfermagem e um artigo em revista multidisciplinar de saúde mental, cabe destacar a carência de produção em revistas de psicologia e de psiquiatria para abordar as consequências contemporâneas da violência doméstica e familiar na vida de mulheres brasileiras. Sugerem-se novos estudos psicológicos, de abordagem qualitativa, para acessar os significados das experiências dessas mulheres quanto aos impactos da violência em suas trajetórias de vida.

Finalmente, fazem-se necessários novos estudos psicológicos que abarquem a complexidade da discussão das intersecções sociais entre gênero, etnia, classe social, orientação sexual, idade e outras características identitárias, que possibilitam compreender, em profundidade, os impactos da violência doméstica e familiar em diferentes contextos. A produção desse conhecimento empírico possibilitará a construção de novas práticas profissionais para esse público, historicamente marginalizado de cuidado sensível e afinado às suas demandas.

Referências

- Adeodato, V. G., Carvalho, R. R., Siqueira, V. R., & Souza, F. G. M. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista Saúde Pública*, 39(1), 108-113. <https://doi.org/10.1590/S003489102005000100014>
- American Psychological Association (2022). *Manual de publicação da APA: o guia oficial para o estilo APA (7a ed.)*. Artmed.
- Balbuena, B. (2011). Investigação sobre atendimento psicossocial oferecido em delegacias de defesa da mulher. *Psicólogo Informação*, 15 (15), 69-82. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v15n15/v15n15a05.pdf>
- Barbosa, F. O., Macedo, P. C. M., & Silveira, R. M. C. (2011). Depressão e suicídio. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(1), 233-243. Recuperado de <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/401/388>
- Bianchini, A. (2014). *Lei Maria da Penha - Lei n. 11.340/2006: aspectos assistenciais, protetivos e criminais da violência de gênero (2a ed.)*. Saraiva.
- Botega, N. J., Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., Dalgalarondo, P., & M-León, L. (2005). Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation [Comportamento suicida na comunidade: prevalência e fatores associados à ideação suicida]. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27(1), 45-53. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000100011>
- Carneiro, R. S., & Freire, R. (2015). Um estudo da relação entre violência psicológica e autoestima. *Conexões Psi*, 3(1), 34-48. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/229105388.pdf>
- Cerqueira, D., Moura, L. R., & Izumino, W. P. (2019, agosto). Participação no mercado de trabalho e violência doméstica contra mulheres no Brasil (Texto para Discussão, Nº 2501). *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*. Recuperado de <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/9705-td2501.pdf>

- Cerqueira, D. (Coord.), Bueno, S. (Coord.), Lima, R. S., Alves, P. P., Marques, D., Lins, G. O. A., Camarano, A. A., Barbosa da Silva, F. A., Coelho, D., Sobral, I., Armstrong, K. C., Villela, M., Macedo, H., Moura, L., Lunelli, I. C., Bernardes, L., Brandão, J., Martins, J., Pacheco, D., ... Vela, R. G. (2023). *Atlas da Violência 2023*. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Recuperado de <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/12/atlas-da-violencia-2023.pdf>
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira Psiquiatria*, 31(1), 18-25. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000500004>
- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. (2017). *Documento técnico do Qualis Periódicos: Qualis Periódicos*. Recuperado de <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/documentos/avaliacao/avaliacao-quadrinial-2017/DocumentotcnicoQualisPeridicosfinal.pdf>
- Correia, C. M., Gomes, N. P., Couto, T. M., Rodriguez, A. D., Erdmann, A. L., & Diniz, N. M. F. (2014). Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(1), 118- 125. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072014000100014>
- Correia, C. M., Diniz, N. M. F., Gomes, N. P., Andrade, I. C. S., Campos, L. M., & Carneiro, J. B. (2018). Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. *SMAD- Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 14(4), 219-225. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.151401>
- Cruz, J. M., Stocco, C. A. S., Ferreira, A., Souza, E. T., Wagner, F. B. C., & Ferrante, F.G.(2018). *Relacionamento abusivo: o silêncio dentro do lar*. Anais do Evento de Iniciação Científica (EVINCI) - UniBrasil, 4(2), 434-446. Recuperado de <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisevinci/article/view/4278/3508>
- D'Agostini, M., Zanin, K. A. S., Moro, C. D., Czismoski, D. F., Giacometti, E., Oliveira, J. C. S. D., Basso, T. R. S., & Algeri, V. (2021). Representações sociais sobre relacionamento abusivo. *Brazilian Journal Development*, 7(2), pp. 20701-20721. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-627>
- Day, V. P., Telles, L. E. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F., Machado, D. A., Silveira, M. B., Debiaggi, M., Reis, M. G., Cardoso, R. G., & Blank, P. (2003). A violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul*, 25(1), 9-21. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400003>
- Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., Heise, L., Durand, J., Mbwambo, J., Jansen, H., Berhane, Y., Ellsberg, M., & Garcia-Moreno, C. (2011). A violência contra as mulheres está fortemente associada às tentativas de suicídio: evidências do estudo multinacional da OMS sobre a saúde das mulheres e a violência doméstica contra as mulheres. *Ciências Sociais e Medicina*, 73(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.006>
- Dourado, S. M., & Noronha, C. V. (2014). A face marcada: as múltiplas implicações da vitimização feminina nas relações amorosas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 623-643. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200016>
- Duarte, L. R. C. (2022). *Violência doméstica e familiar: processo penal psicoeducativo*. Almedina Brasil.
- Feio, T. A., Moura, P. R. F., & Pontes, J. A. S. (2022). A mulher sofre em dobro: a violência doméstica no Brasil contra as mulheres e a repercussão do isolamento social decorrente da pandemia da COVID-19 no aumento dos índices de tal violência. *Revista Brasileira Segurança Pública*, 16(3), 10-31. <https://doi.org/10.31060/rbsp.2022.v16.n3.1410>
- Fonseca, D. H., Ribeiro, C. G., & Leal, N. S. B. (2012). Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicologia e Sociedade*, 24(2), 307-314. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200008>
- Garcia-Moreno, C., Jansen, E. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalência da violência entre parceiros íntimos: conclusões do



- estudo multinacional da OMS sobre a saúde das mulheres e a violência doméstica. *The Lancet*, 368(9543), 1260-1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
- Gomes, N. P., Carneiro, J. B., Almeida, L. C. G., Costa, D. S. G., Campos, L. M., Virgens, I. R., & Webler, N. (2022). Permanência de mulheres em relacionamentos violentos: desvelando o cotidiano conjugal. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.78904>
- Guimarães, R. C. S., Soares, M. C. S., Santos, R. C., Moura, J. P., Freire, T. V. V., & Dias, M. D. (2018). Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. *Revista Cuidarte*, 9(1), 1988-1997. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.438>
- Heise, L., & Garcia-Moreno, C. (2002). Violência perpetrada por parceiros íntimos. In Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., Lozano, R. (Eds.), *Relatório mundial sobre violência e saúde* (pp. 87-122). Organização Mundial da Saúde. Recuperado de <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>
- Koss, M. P. (1990). A agenda de pesquisa em saúde mental das mulheres: violência contra as mulheres. *Psicólogo Americano*, 45(3), 374-380. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.3.374>
- Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. (2006, agosto 8). *Cria mecanismo para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
- Lei n. 13.104, de 09 de março de 2015. (2015, março 10). Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm
- López, M., & Sánchez-Loyo, L. M. (2015). Violencia domestica y conducta suicida: relatos de mujeres sobre la violencia y sus efectos [Violência doméstica e conduta suicida: relatos de mulheres sobre a violência e seus efeitos. *Acta Universitaria*, 25(2), 57-61. <https://doi.org/10.15174/au.2015.886>
- Lucena, K. D. T., Deininger, L. S. C., Coelho, H. F. C., Monteiro, A. C. C., Vianna, R. P. T., & Nascimento, J. A. (2016). Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. *Journal of Human Growth and Development*, 26(2), 139-146. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119238>
- Mâncio, R. S., Oliveira, S. A., & Pena, F. G. (2020, março 25-27). *Empoderamento feminino: um estudo com mulheres empreendedoras*. *Anais do XI Encontro de Estudos Sobre Empreendedorismo e Gestão de Pequenas Empresas (EGEPE)*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/342934043_EMPODERAMENTO_FEMININO_UM_ESTUDO_COM_MULHERES_EMPREENDEDORAS/fulltext/5f1c96e9299bf1720d6575f1/EMPODERAMENTO-FEMININO-UM-ESTUDO-COM-MULHERES-EMPREENDEDORAS.pdf
- Martins, V. M., & Bartilotti, C. B. (2015). “Acabou comigo como pessoa”: a caracterização da violência doméstica a partir da percepção das mulheres violentadas. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*, 16(108), 41-61. <https://doi.org/10.5007/1984-8951.2015v16n108p41>
- Meneghel, S. N., Hesler, L. Z. Cecon, R. F., Trindade, A. G., & Pereira, S. (2013). Suicídio de mulheres: uma situação limite? *Athenea Digital*, 13(2), 207-217. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/104709/000898397.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Grupo PRISMA. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação Prisma. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ress/a/TL99XM6YPx3Z4rxn5WmCNCf/?lang=pt>
- Morais, A. C. (2009). *Depressão em mulheres vítimas de violência doméstica* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia]. Repositório Institucional UFBA. <https://>

repositorio.ufba.br/bitstream/ri/11425/1/
Disserta%C3%A7%C3%A3o_Enf_Ariane%20
Cedraz%20Morais.pdf

- Mosquera, J. J. M., & Stobäus, C. D. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(1), 83-88. Recuperado de <https://www.scielo.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a06.pdf>
- Netto, L. A., Moura, M. A. V., Queiroz, A. B. A., Tyrrell, M. A. R., & Bravo, M. M. P. (2014). Violência contra a mulher e suas consequências. *Acta Paul. Enferm.*, 27(5), 458-464. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400075>
- Netto, L. A., Moura, M. A. V., Queiroz, A. B. A., Leite, F. M. C., Silva, G. F. (2016). Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais. *Escola Anna Nery*, 21(1). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ean/a/vmFS8554cXpP3NQKNyTkPPb/?format=pdf&lang=pt>
- Nogueira, J. B. (2018). *A violência doméstica e familiar contra a mulher e a ineficácia de medidas protetivas de urgência previstas na Lei nº 11.340/06 (Lei Maria da Penha)* [Monografia de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/935>
- Nogueira, C. M., Backes, D. S., Costenaro, R. G. S., Londero, C. A., & Souza, M. H. T. (2021). Situações e repercussões da violência doméstica na saúde das mulheres. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 10(2), 272-279. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i2.3888>
- Oshiro, C. M. P. (2017). *Violência de gênero e religião: uma análise da influência do cristianismo em relações familiares violentas a partir de mulheres acolhidas nas Casas Abrigo Regional Grande ABC e de homens autores de violência doméstica* [Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo]. Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/1655>
- Paiva, T. T., Pimentel, C. E., & Moura, G. B. (2017). Violência conjugal e suas relações com autoestima, personalidade e satisfação com a vida. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(2), 215-227. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v10n2/07.pdf>
- Paiva, T. T., Lima, K. S., & Cavalcanti, J. G. (2022). Abuso psicológico, autoestima e dependência emocional de mulheres durante a pandemia de COVID-19. *Ciências Psicológicas*, 16(2), 01-16. <https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2257>
- Paz, P. O., Pires, N. S., Vieira, L. B., & Witt, R. R. (2019). Vulnerabilidade de mulheres em situação de violência atendidas em serviço especializado. *Aquichan*, 19(2), 01-12. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.2.2>
- Pontes, L. B., Dionísio, M. B. R., Bertho, M. A. C., Grama, V. D., & D’Affonseca, S. M. (2021). Redes de apoio à mulher em situação de violência durante a pandemia de Covid-19. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(3), 187-201. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i3.1413>
- Rodriguez, M. R. V., & Pazmiño, M. A. G. (2019). Autoestima e violência doméstica: intervenção psicoterapêutica. *Revista Científica Retos de la Ciencia*, 3(7), 48-55. <https://doi.org/10.53877/rc.3.7.20190701.05>
- Saffioti, H. I. B. (2002). Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, (16), 115-136. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100007>
- Sanz-Barbero, B., Otero-García, L., Boira, S., Marcuello, C., & Cases, C. V. (2016). Acción Cost Femicide Across Europe, un espacio de cooperación transnacional para el estudio y el abordaje del feminicidio en Europa [Ação Cost Femicide Across Europe, um espaço de cooperação transnacional para o estudo e abordagem do feminicídio na Europa] *Gaceta Sanitaria*, 30(5), 393-396. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.019>
- Silva, A. F. C., Alves, C. G., Machado, G. D., Meine, I. R., Silva, R. M., & Carlesso, J. P. P. (2019). Violência doméstica contra a mulher: contexto sociocultural e saúde mental da vítima. *Research, Society and Development*, 9(3), 1-17. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2363>

- Silva, T R. P. (2021). *A avaliação da eficácia do programa motivacional breve em agressores de violência doméstica*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/10313>
- Soares, B. M. (2005). *Enfrentando a violência contra a mulher: orientações práticas para profissionais e voluntários*. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Recuperado de https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/enfrentando-a-violencia-contra-a-mulher-orientacoes-praticas-para-profissionais-e-voluntarios
- Soares, C. B., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T. & Silva, D. R. A. D. (2014). Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem*, 48(2), 335-345. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einsten*, 8(1), 102-106. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>
- Souza, M. B., & Silva, M. F. S. (2019). Estratégias de enfrentamento de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão da literatura brasileira. *Pensando Famílias*, 23(1), 153-166. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v23n1/v23n1a12.pdf>
- Souza, L. J., & Farias, R. C. P. (2022). Violência doméstica no contexto de isolamento social pela pandemia de covid-19. *Serviço Social & Sociedade*, 144, 213-232. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.288>
- Vergara, J. (2018). *Toda canção de liberdade vem do cárcere: homofobia, misoginia e racismo na recepção da obra de Mário de Andrade*. [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro]. Hórus. Recuperado de <http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/handle/unirio/11947>

A Alucinação de Suportar o Dia a Dia: Um Olhar Sobre o Sofrimento Psíquico à Luz do Feminismo Decolonial

Lorena Vila Nova Asfura¹  e Jorge Luiz da Silva² 

Universidade de Pernambuco

Resumo: A partir de uma noção ampliada de saúde, que leva em consideração que cada sujeito é afetado de maneira profunda pelo contexto social em que vive, esta pesquisa tem por objetivo aprofundar a discussão sobre a constituição do adoecimento psíquico dentro de uma sociedade marcada pelas feridas do colonialismo. Para isso, utiliza-se de um estudo de caso, analisado à luz do feminismo decolonial, compreendendo a interseccionalidade entre raça, classe e gênero e seus efeitos nos processos saúde-doença. Nesse sentido, busca provocar uma reflexão no que concerne às políticas públicas que estão postas, com o intuito de contribuir para uma constante aproximação destas com a realidade social da população.

Palavras-chave: saúde mental, colonialismo, sofrimento psíquico, reforma psiquiátrica, feminismo decolonial

The hallucination of enduring daily life: a look at psychological suffering through the lens of decolonial feminism

Abstract: Based on an expanded notion of health, which considers that each individual is profoundly affected by the social context they live in, this research aims to deepen the discussion about the formation of psychic illness within a society marked by the wounds of colonialism. A case study is used for this purpose, analyzed through the lens of decolonial feminism, considering the intersectionality of race, class, and gender and its effects on health-disease processes. In this sense, it seeks to provoke reflection on public policies currently in place, aiming to foster a closer alignment between these policies and the social realities of the population.

Keywords: mental health, colonialism, psychological suffering, psychiatric reform, decolonial feminism

¹ Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Especialista em Redes de Atenção Psicossocial pela Secretaria de Saúde do Recife. CRP-PE: 02/25571. *E-mail:* lorenasfura@gmail.com

² Mestre em psicologia pela UFPE. Pesquisador Associado do GEMA/UFPE. CRP-PE: 02/18235. *E-mail:* jorgew.lds@gmail.com

Introdução

Este estudo tem como ponto de partida as inquietações suscitadas por meio da minha vivência em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, que se deu no período em que realizei uma Residência em Redes de Atenção Psicossocial por intermédio da Secretaria de Saúde do Recife. Tem como objetivo realizar um estudo de caso que articule a experiência com o sofrimento psíquico às leituras do feminismo decolonial.

Para tal, os CAPS, que são definidos como locais de “[...] atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo [...]” (Brasil, 2004, p. 31), foram eleitos como campo importante para a construção do estudo, pois se constituem como locais privilegiados de pesquisa e proposições de novas formas de cuidado à saúde mental. Afinal, além de serem serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangentes à toda população, guardam um potencial disruptivo importante, oriundo do histórico da Reforma Psiquiátrica que os promoveu.

Antes de dar espaço às análises sobre as quais o estudo de caso vai se debruçar, é importante demarcar que essa pesquisa parte de um olhar em relação aos sujeitos, que é historicamente situado e que leva em consideração os atravessamentos de raça, classe e gênero que os perpassam e os constituem. Nesse sentido, essa pesquisa busca se aprofundar sobre a experiência do sofrimento psíquico em uma perspectiva situada e sensível ao significado social de existir no Sul do mundo, carregando uma cor e uma construção de gênero marcados – também, e é importante frisar que não apenas, – pela violência.

Estudos importantes sobre as relações entre sofrimento psíquico, raça, classe e gênero, que buscam fugir da lógica de pensamento ocidental, já foram escritos por autores e autoras de diversas partes do mundo. No Brasil, os escritos de Neuza Souza Santos e Lélia Gonzalez são exemplos de legados valiosos desse movimento. Discorrendo sobre as consequências de se enxergar como um “outro que se opõe a um ideal branco”, Santos (1983) aprofunda

a discussão sobre as marcas destrutivas que essa vivência inscreve no psiquismo das pessoas negras. Segundo a autora, a raça exerce funções simbólicas na sociedade brasileira, e determina lugares sociais marginalizados para o sujeito negro nas estruturas de classe (Santos, 1983). Para ela, a revolta de se perceber alvo de um sistema racista resulta em ódio sobre o próprio corpo, o que produz profundo sofrimento (Santos, 1983). Utilizando-se e assumindo um lugar de construção no léxico da psicanálise, Neuza Souza Santos (1983) tece sobre a formação do Ideal do Ego do negro, que, para ela, é branco. Nesse sentido, a negação e a rejeição impostas ao sujeito negro acerca de sua identidade são uma violência, que para a autora, ultrapassa o nível biológico, alcançando uma violência intrapsicológica que deixa feridas psíquicas nos indivíduos (Santos, 1983).

Nessa perspectiva, refletir sobre os processos que dão forma ao sofrimento psíquico em um país como o Brasil, exige falar sobre colonialismo, racismo e violência de gênero: sistemas de opressão que se interligam e se retroalimentam. Segundo Lélia Gonzalez (1988), o triunfo do colonialismo depende de um trabalho que exige a introjeção violenta do racismo pelos corpos racializados. O mito da superioridade branca é incorporado pelos sistemas de comunicação de massas e tem por objetivo a exploração de povos colocados na condição de subalternos (Gonzalez, 1988). Assim, a ideologia branca cria uma ideia de sujeito ideal a ser alcançado, que é completamente associada a características brancas, e tem por efeitos a fragmentação, a repulsa e a negação da identidade racial negra (Gonzalez, 1988). A construção desse lugar social possui efeitos consideráveis na saúde mental da população racializada que sofre a violência imposta pelo colonialismo. É nesse sentido que “A descolonização”, diz Fanon, “é uma força de recusa, uma capacidade de dizer não” (como citado em Mbembe, 2017, p. 185). Assim, dizer não a saberes coloniais e hegemônicos se torna um compromisso ético importante na construção do conhecimento e na análise de fenômenos como os processos de adoecimento psíquico.

Referencial Teórico

Raça, Classe e Gênero: Interloquções à luz do feminismo decolonial

Para que se possa discutir saúde mental e sofrimento psíquico a partir de um viés que os considere dentro de uma perspectiva ampla e multidimensional, é necessário, também, compreender as relações entre raça, classe e gênero que fundam a realidade social brasileira e incidem de forma importante no psiquismo dos sujeitos. Para garantir uma análise mais aproximada do contexto social latino-americano, evitando reflexões que partam de um aporte teórico centrado na perspectiva branca e europeia - tida como universal - do mundo, os estudos sobre feminismo decolonial e suas implicações se colocam como uma ferramenta de análise teórica potente e emancipatória.

A noção de feminismo decolonial surge como uma contraposição a outras compreensões teóricas feministas por algumas razões, às quais irei me debruçar brevemente nos parágrafos seguintes. Há, por exemplo, a rejeição a um olhar unidimensional para os impactos e as formas de apresentação da violência patriarcal nos diferentes lugares do mundo, e uma busca por lançar luz sobre a realidade concreta do colonialismo e seus efeitos nas vivências das mulheres, que são atravessadas por essa ferida que, como colocado por Grada Kilomba (2019, p. 1) “Nunca foi tratada. Uma ferida que dói sempre, por vezes infecta, e outras vezes sangra”. Além disso, há um esforço em trazer o capitalismo e o neoliberalismo para o centro desse debate, compreendendo que essas estruturas se constituíram e se perpetuam a partir da exploração de mulheres racializadas, o que demonstra a impossibilidade de empreender estudos sobre gênero de maneira segregada das categorias de raça, classe, entre outros, que se entrecruzam de maneira indissociável (Vergès, 2020). Nesse sentido, o feminismo decolonial compreende que a busca por melhores condições de vida para as mulheres não pode perder de vista a necessidade da luta coletiva contra os sistemas de opressão do capitalismo e do colonialismo, luta essa em que é possível perceber

um protagonismo das mulheres do dito Sul Global (Vergès, 2020).

Nessa perspectiva, existem, a partir do feminismo decolonial, críticas importantes a outras formas de compreensão do feminismo, como o feminismo liberal, que cooptado pela lógica neoliberal, reproduz discursos confortáveis para a manutenção do capitalismo, com pautas ocidentais que privilegiam demandas de mulheres brancas e burguesas, que se beneficiam do trabalho invisibilizado de mulheres racializadas (Vergès, 2020). Assim, há a compreensão de uma inserção lucrativa do feminismo no maquinário capitalista, que se equilibra a partir de uma divisão de classes que constrói lugares de subalternidade na estrutura social (Vergès, 2020). Sobre isso, Françoise Vergès (2020) questiona:

O que é o feminismo quando ele se torna uma empresa de pacificação? Se feminismo e feministas estão a serviço do capital, do Estado e do império, ainda é possível restituir o fôlego de um movimento que carrega objetivos de justiça social, dignidade, respeito, políticas de vida contra políticas de morte? (p. 22).

Na contramão desse movimento, o feminismo decolonial não se pretende uma nova “onda” ou uma nova “geração” do feminismo, mas uma nova etapa de um processo contínuo que abarca na luta pela emancipação das mulheres, a descolonização, a luta antirracista, a oposição ao nacionalismo autoritário e a desestruturação do capitalismo (Vergès, 2020). Além disso, busca questionar a predominância das produções de conhecimento do Ocidente na compreensão do mundo, propondo um resgate e um olhar para as epistemologias do continente africano, do Caribe, da América do Sul, entre outras (Vergès, 2020). Enfim, o feminismo decolonial insiste em um olhar multidimensional para a luta feminista, que vai além das reflexões isoladas sobre gênero e defende um feminismo que pensa conjuntamente Estado e capital, racismo, colonialismo etc. (Vergès, 2020). Como lembra Angela Davis: “O feminismo envolve muito mais do que a igualdade de gênero. E envolve muito mais do que o gênero” (Davis, 2018, p. 99).

É nesse sentido que, partindo das redes que se articulam nos processos de opressão das mulheres, a autora Grada Kilomba discute as

relações entre gênero, raça e colonialismo em seu livro *“Memória de plantação: episódios de racismo cotidiano”*, trazendo exemplos dos efeitos traumáticos dessa vivência para mulheres negras. A autora usa o Retrato da “Escrava Anastácia”, mulher negra que foi forçada a usar uma máscara facial que a impedia de falar, como exemplo de uma das faces mais cruéis e simbólica e concretamente presentes do colonialismo, o silenciamento do sujeito negro (Kilomba, 2019). Segundo a autora, a máscara se torna uma metáfora para o colonialismo e suas formas de dominação e controle, cujos efeitos podem ser percebidos até hoje, quando se questiona quais sujeitos têm o direito à fala garantido na sociedade, e quais enfrentam tentativas constantes de silenciamento e de controle sob o conteúdo daquilo que se tenta dizer (Kilomba, 2019).

Ainda segundo a autora, o racismo causa atravessamentos importantes no processo de subjetivação dos sujeitos negros, que desde o início da escravidão são colocados pelos sujeitos brancos num lugar de Outridade, de um Outro que se constitui pela oposição ao que se considera desejável, bom, e que é tido como universal, que seria a forma de apresentação dos brancos no imaginário social (Kilomba, 2019). Nesse sentido, Grada Kilomba (2019) reflete ainda sobre o papel exercido pelos sujeitos brancos dentro dessa estrutura racista e como há uma espécie de projeção destes para com os negros, de todas as características que são sentidas a partir de um lugar de culpa, vergonha e desonra. Nesse sentido, os negros têm sua construção de identidade marcada pela representação mental daquilo de que o sujeito branco tenta se afastar e negar em si mesmo, o que causa traumas psíquicos importantes (Kilomba, 2019). É do lugar do trauma e da violência de sempre ser colocado como Outro/a, e nunca como Eu, que Fanon (1967, p. 112) questiona: “O que mais isso poderia ser para mim, senão uma amputação, uma excisão, uma hemorragia que respinga meu corpo inteiro com sangue negro?”.

É possível perceber, nesse sentido, a necessidade de compreender as interlocuções entre raça, classe e gênero para que a partir disso seja possível olhar para a saúde e as produções de sofrimento psíquico de forma ampla e contextualizada, a fim de poder intervir de forma

mais eficaz nos processos de saúde-doença. Lançando um olhar para o contexto social brasileiro em específico, entramos em contato com o mito da democracia racial, que, segundo Lélia Gonzalez (2020, p. 189) “encobre a trágica realidade vivida pelo negro no Brasil”, realidade essa marcada pela dominação/opressão racial, que coloca os negros à margem, inclusive a partir de uma divisão social do trabalho que os explora (Gonzalez, 2020). Partindo dessa lógica, a autora elabora sobre as complexas interdependências entre raça, reprodução de classes e sexismo dentro de sistemas de opressão intrinsecamente relacionados (Gonzalez, 2020). Entender todo esse contexto se torna essencial para os estudos sobre a saúde no país, no que diz respeito a uma perspectiva que desvia de explicações biologicistas, mas que entende esse processo como indissociável de sistemas de opressão coloniais.

Caminhos Metodológicos

Essa é uma pesquisa de cunho qualitativo e orientação feminista. Tem como objetivo realizar um estudo de caso que articule a vivência do sofrimento psíquico de uma usuária de um CAPS da cidade de Recife, com os marcadores de classe, raça e gênero, que incidem de maneira importante sobre os processos de saúde-doença, em especial dentro de uma sociedade marcada pela experiência do colonialismo. Para empreender esta análise, leva-se em conta a saúde, aqui, em específico, a saúde mental, como uma teia complexa cujas ramificações vão além de um aspecto puramente biológico, mas, ao contrário, perpassam os contextos sociais nos quais os indivíduos estão inseridos e que os atravessam.

A partir dessa compreensão, a pesquisa qualitativa mostra-se como a mais adequada para essa produção, visto que privilegia a análise de um fenômeno a partir das perspectivas dos sujeitos que o vivenciam. Nessa perspectiva, tal metodologia aponta como aspecto indispensável às construções teóricas, o contato direto do pesquisador com o campo de pesquisa, visto que defende que é a partir desse encontro que se torna possível o processo de produção de informações e a construção de conhecimento (Godoy, 1995).

Nesse mesmo sentido, as pesquisas de orientação feminista apontam a necessidade de um olhar cuidadoso não apenas para a realidade concreta dos sujeitos de pesquisa, mas também para os impactos subjetivos da relação pesquisador-participante, que ao contrário do que por vezes é posto, não se trata de um encontro neutro, apolítico, mas que na verdade carrega profundas relações de poder que ressoam de modo importante nesses indivíduos, e conseqüentemente nas construções teóricas propostas (Azkue et al., 2014).

Assim, ao apontarem as inevitáveis relações de poder presentes nos encontros entre os sujeitos, as investigações feministas defendem a necessidade de uma reflexão crítica e política da realidade (Azkue et al., 2014). No entanto, a partir do reconhecimento dos tensionamentos gerados pelo encontro das diferenças, tal perspectiva ressalta que ao invés do acirramento das desigualdades, tais embates podem ser profícuos, e permitir não apenas a criação de algo novo, mas também a transformação e ressignificação daquilo que está posto (Azkue et al., 2014). Para tal, são necessárias ética e responsabilidade por parte dos pesquisadores, o que começa pela compreensão do lugar de onde eles partem, e por meio da ótica de qual vivência social eles enxergam o mundo, não deixando de lado de que maneira isso pode ressoar nas suas produções (Haraway, 1995).

Foi nesse mesmo sentido que se optou pelo aporte teórico da análise feminista decolonial para a construção do estudo narrativo. A análise decolonial se trata de uma ferramenta para a compreensão da realidade que busca se afastar da ideia de um sujeito único e universal, mas que, pelo contrário, enxerga os indivíduos a partir dos inúmeros atravessamentos que incidem sobre eles e que fazem parte de sua constituição e da construção e perpetuação do colonialismo, levando em conta as dimensões sociais e políticas dessas construções e os significados que isso cria para cada sujeito (Pichardo, 2014). Para tal, se responsabiliza pela construção de um saber que parta das epistemologias de sujeitos subalternizados, assumindo o compromisso ético de rejeitar visões unicamente ocidentais sobre a realidade, que excluem e marginalizam outras produções de conhecimento que podem, sim, ser generalizadas, no

sentido de que não dizem respeito a saberes locais e individuais que se opõem ao 'universal' do Ocidente (Pichardo, 2014). Além disso, a análise decolonial frisa a importância de pontuar de quais condições a construção de conhecimento está partindo, a fim de evitar centrar-se, mais uma vez, numa perspectiva colonial de saber, que se supõe neutra e apolítica, e, assim, criar as condições necessárias para a discussão de alternativas de realidade possíveis (Pichardo, 2014).

Para dar início ao empreendimento dessa análise, o presente trabalho utilizou entrevistas semiestruturadas, que ao mesmo tempo em que direcionam as entrevistas para um determinado tema de interesse, a partir da estruturação de um roteiro, permitem a flexibilidade do diálogo, possibilitando maior dinamicidade e riqueza na coleta de dados (Alves & Silva, 1992). A partir da entrevista, foi construído o estudo narrativo. Segundo Gubrium e Holstein (2009), o estudo narrativo destaca a interação ativa entre narradores e pesquisadores na contação de histórias. Eles ressaltam a colaboração e controle como aspectos cruciais da análise das narrativas, destacando a importância da contribuição mútua e da participação direta entre todos aqueles que compõem o processo de construção de uma pesquisa (Gubrium & Holstein, 2009). Essa visão é compartilhada por Clandinin e Connelly (2011) e Clandinin (2013), citados por Kind e Cordeiro (2015), que enfatizam a cocomposição da "realidade narrativa" pelos pesquisadores e participantes. Essa abordagem reconhece a transformação tanto dos pesquisadores quanto dos participantes durante o processo de pesquisa (Kind & Cordeiro, 2015).

Inicialmente, a pesquisa foi pensada para ocorrer em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência para tratamento de adultos em sofrimento psíquico da cidade do Recife, e o CAPS escolhido foi um local onde trabalhei e criei vínculos enquanto residente, e que demonstrou interesse e disponibilidade em participar do estudo. No entanto, ao longo da construção da pesquisa, o CAPS em questão entrou em reforma, e devido à falta de investimentos da Prefeitura do Recife no que diz respeito à realocação do serviço para outro espaço, precisou fechar as portas, mantendo o cuidado aos

usuários em crise em outro serviço de saúde. Em virtude disso, conseguir contato com usuários do serviço se tornou um trabalho árduo, e a falta de uma estrutura física onde as entrevistas pudessem ser realizadas também foi uma barreira difícil de transpor.

Ainda assim, graças à disponibilidade dos profissionais do CAPS, sempre muito solícitos, foi possível realizar as entrevistas no outro serviço onde ele estava alocado. Foram realizadas duas entrevistas: uma com um usuário do gênero masculino e outra com uma usuária do gênero feminino, mas optou-se pela eleição de uma delas e pela a realização de um estudo narrativo. A escolha de optar por apenas uma das entrevistas teve como objetivo evitar a criação de uma comparação binária no desenrolar das análises. Ambas as entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas. A narrativa desenhada na pesquisa teve como ponto de partida um único encontro realizado com uma usuária do gênero feminino.

Para a realização das entrevistas propostas na pesquisa, foi entregue aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado por eles. É importante pontuar que esta pesquisa vem respeitando, em todas as etapas do projeto, todas as diretrizes presentes nas Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 07 de abril de 2016, que versam sobre os aspectos éticos referentes às pesquisas com seres humanos. Vale frisar ainda que o sigilo e o anonimato dos participantes serão garantidos, e todos os nomes utilizados nas descrições são fictícios.

Resultados e Discussão

Maria é uma mulher parda de 46 anos. Quando peço que me conte como começa sua história, ela a situa primeiramente na infância, período em que relata grande sofrimento. É a única filha mulher e, segundo ela, sempre sofreu muita violência em casa por parte dos irmãos. A partir daí, Maria passa a narrar uma sequência de violências que parece ter tido início no seio de sua própria família. A violência intrafamiliar, definida como aquela cometida dentro ou fora do ambiente doméstico, contra indivíduos de uma mesma família, que pode ser consanguínea

ou não, se dá a partir de uma relação de poder em que, na maioria das vezes, o sujeito subalternizado pertence ao gênero feminino (Moreira & Souza, 2012). Devido ao fato de que esse tipo de violência se dá entre familiares, e é muitas vezes voltada às crianças, há um agravo quanto a invisibilização desse processo, que já pode ser percebido quando se discute a violência contra a mulher em qualquer âmbito (Moreira & Souza, 2012). Assim, esse silenciamento pode acabar por exercer uma dupla função, gerando subnotificações quanto à sua ocorrência, que conseqüentemente incidem sobre as intervenções possíveis a partir das políticas públicas de proteção, e tem efeitos de agravo à saúde mental dos indivíduos que a sofrem (Moreira & Souza, 2012).

Maria conta ainda que, devido à situação de vulnerabilidade social em que vivia, começou a trabalhar muito cedo, aos 8 anos de idade, em “casas de família”, locais onde também refere ter sofrido violência. A vivência de Maria escancara um cenário muito comum no Brasil. O trabalho infantil é uma realidade desde a colonização do país e se perpetua até os dias atuais como herança da escravidão, explorando crianças, em sua maioria negras, e as expropriando de direitos básicos como o brincar e a vivência do lúdico e da criatividade, essenciais para o desenvolvimento de uma infância saudável (Silva, 2021). Considerando a história e a realidade social brasileira, torna-se imprescindível levar-se em conta as intersecções entre gênero, classe e raça para a compreensão desse fenômeno e de seus impactos.

Não é possível falar sobre a vivência do trabalho infantil no Brasil sem falar de raça. Ao discutir sobre a experiência das mulheres negras no Brasil, Lélia Gonzalez (2020) demonstra a profunda diferença que existe entre as vivências de mulheres brancas e de mulheres racializadas no mercado de trabalho. Concentrando-se sobretudo em trabalhos manuais e afastadas daqueles que exigem contato direto com o público, devido a uma aparência que não é considerada como a mais “adequada”, as mulheres racializadas também são minoria quando se tratam de cargos voltados para o nível superior de ensino, demonstrando uma lacuna no processo de educação de crianças negras, resultado dos processos de exclusão perpetrados pelo racismo

(Gonzalez, 2020). Seguindo essa lógica, a quantidade de crianças negras em situação ilegal de trabalho é muito maior do que de crianças brancas (Gonzalez, 2020).

Assim, é possível inferir que o trabalho infantil no Brasil tem cor e classe social bem definidos. Estudos mostram que quanto maior a renda das famílias, menores as chances de ocorrência de trabalho infantil (Silva, 2021), o que indica que a vivência da pobreza, que carrega consigo a insegurança alimentar, e a falta de acesso à condições mínimas para uma vida digna, leva famílias a iniciarem precocemente no mercado de trabalho, em um ciclo que se perpetua por gerações (Silva, 2021). Além disso, tratando-se do trabalho infantil doméstico, como foi o caso de Maria, o gênero feminino é o mais frequente, o que, considerando a realidade brasileira, parece se configurar como um resquício dos 300 anos de escravidão do país, que nunca foi reparado com políticas públicas adequadas e continua levando meninas racializadas a ocupar um lugar subalterno de cuidado a famílias brancas, em situação de extrema insegurança e vulnerabilidade (Silva, 2021). Segundo dados apresentados por Costa e Fernandes (2023), com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2016:

O número de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil doméstico no Brasil teve uma diminuição de 61,6% entre 2004 e 2015, passando de 406 mil para 156 mil. Em 2015, 88,7% das(os) trabalhadoras(es) domésticas(os) entre 10 e 17 anos no Brasil eram meninas e 71% eram negras(os) (Costa e Fernandes, 2023, p.748).

Como dito por Lélia Gonzalez (2020, p. 218), “A mulher negra se sente no direito de perguntar: afinal, que abolição foi essa que, 94 anos depois de ter acontecido, a gente continua praticamente na mesma situação?”. Nessa perspectiva, o contexto social brasileiro, fundado pela desigualdade, marcado por um imaginário social racista, cria supostos lugares de pertencimento que naturalizam a vivência de corpos negros em locais de subalternidade e exploração, sendo o trabalho doméstico feminino realizado por mulheres negras mais um exemplo disso. Spivak (2010), ao questionar o silêncio do

sujeito subalternizado, reflete:

No contexto do itinerário obliterado do sujeito subalterno, o caminho da diferença sexual é duplamente obliterado. A questão não é a da participação feminina na insurgência ou das regras básicas da divisão sexual do trabalho, pois, em ambos os casos, há ‘evidência’. É mais uma questão de que, apesar de ambos serem objetos da historiografia colonialista e sujeitos da insurgência, a construção ideológica de gênero mantém a dominação masculina. Se, no contexto da produção colonial, o sujeito subalterno não tem história e não pode falar, o sujeito subalterno feminino está ainda mais profundamente na obscuridade. (Spivak, 2010, p.85).

A vulnerabilidade do trabalho doméstico realizado por mulheres é ainda mais perceptível quando se considera que boa parte dele é feito de forma informal, sem as garantias de direitos trabalhistas, e que é ainda mais invisibilizado e ocultado quando realizado por crianças, dada a sua ilegalidade (Silva, 2021).

Nesse sentido, é possível refletir sobre uma divisão sexual do trabalho que se inicia na infância e se prolonga para a vida adulta. Para Federici (2021) existe uma divisão sexual na sociedade que diferencia trabalhos essencialmente masculinos daqueles realizados por mulheres, e que estabelece uma hierarquia entre ambos que desvaloriza o trabalho feminino, o considerando improdutivo. Segundo a autora, no entanto, o trabalho doméstico, apesar de invisibilizado e precarizado, é produtivo, e é o que permitiu que homens pudessem se dedicar, ao longo dos anos, integralmente aos trabalhos realizados fora do âmbito doméstico (Federici, 2021). Segundo ela: “Não ganhamos o direito de trabalhar, mas de sermos mais exploradas” (Federici, 2021, p.5).

Nessa perspectiva, é possível inferir que a existência de uma divisão que delimita na sociedade capitalista as condições de trabalho de diferentes sujeitos a partir de marcadores como classe, raça e gênero, impacta também nos processos de saúde-doença da população, privilegiando alguns indivíduos em detrimento de outros. Segundo Kassouf

(2015), o trabalho realizado na infância possui efeitos negativos na saúde física e mental dos sujeitos: consequência que se agrava exponencialmente quanto mais cedo a criança ingressar em uma atividade laboral.

Quando fala de sua infância, há em Maria a percepção de um tempo que, devido ao trabalho, não pôde ser vivido como gostaria, e um sentimento de pesar em relação a isso. “Nunca brinquei, nunca ganhei uma boneca, nunca... não sei o que foi ser criança, né? Não sei o que foi ser criança...” (Maria, entrevista, 2 de janeiro de 2023). Na entrevista, Maria relaciona o período perdido da infância com a tristeza constante que viria a sentir anos mais tarde. Segundo Martinez (2001), ao se analisar as consequências da vivência do trabalho infantil, é possível perceber um impacto negativo importante no que diz respeito a aspectos referentes ao desenvolvimento cognitivo, afetivo e social das crianças. A vivência de Maria como trabalhadora doméstica e as violências que conta ter sofrido nesse contexto são exemplos reais dos riscos e dos processos de sujeição a que crianças que se encontram nessas circunstâncias são expostas, bem como lançam luz sobre a ineficácia que as políticas sociais de proteção à infância têm apresentado.

Devido ao ingresso tão precoce no mundo laboral, impulsionado pela situação de pobreza em que vivia, Maria conta que não conseguiu estudar, tendo interrompido os estudos na quarta série. O acesso à educação, outro direito presente no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), negado à Maria, representa papel chave na perpetuação da pobreza à medida que dificulta ao sujeito gozar plenamente do seu status de cidadão, participando da vida política e social e alcançando novos lugares sociais (Dutra, 2015).

Assim, a educação é entendida como ferramenta de mudança, de possibilidade de intervenção no mundo, mas que no entanto tem sido negada a uma parte da população que permanece marginalizada, e da qual tem se ocupado, em maioria, aqueles que se encontram em locais de privilégio (Freire, 2005). É nesse sentido que Kaylashi Satiarthi, citado por Dutra (2015), afirma: “Não é a pobreza que perpetua o trabalho infantil, mas o trabalho infantil que perpetua a pobreza, pois se a criança trabalhar,

ela não vai se desenvolver, e o ciclo da pobreza vai se perpetuar”. Sobre essa vivência, Maria narra: “Então, minha vida foi trabalhar, quis terminar os estudos, não estudei, aí comecei a trabalhar” (Maria, entrevista, 2 de janeiro de 2023). Relatando ao mesmo tempo o desejo e a impossibilidade de estudar.

A vivência da pobreza parece, de fato, ter sido uma constante na vida de Maria, que relata sempre ter tido dificuldades para garantir seu sustento. Saiu da casa dos pais aos 15 anos para se casar. Conta que o companheiro sempre bebeu, e por vezes se tornava agressivo. Teve dois filhos com ele, um menino e uma menina. Hoje mora em uma palafita com o marido e com a neta de ambos, e vive do benefício de 600 reais recebido pelo Bolsa Família. Refere estresse constante com sua situação de moradia e a falta de segurança financeira. Relata sentimentos depressivos e muita angústia desde muito nova, mas segundo ela, por muito tempo ignorou seus sintomas e não buscou ajuda. Quando questionada do porquê disso, Maria diz que tinha dois filhos e precisava trabalhar, e essa necessidade não permitia que ela dispusesse do espaço e tempo necessários para se cuidar. A relação entre pobreza e saúde mental é bem fundamentada na literatura, principalmente quando vista pelo viés da vivência feminina. A exposição a fatores de vida estressantes, como aqueles trazidos pela pobreza, possui impacto significativo na saúde mental, e pesquisas demonstram que há uma relação entre baixo status sócio-econômico e o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos (Couto-Oliveira, 2007). Quando se analisa a situação de mulheres pobres, a situação se agrava ainda mais, devido ao duplo papel que elas muitas vezes precisam ocupar: o de cuidadoras da família e também de provedoras para o lar. De acordo com (Couto-Oliveira, 2007) quando se trata da experiência feminina, a vivência de sintomas psiquiátricos negativos e o adoecimento psíquico se sobressaem. Conforme citado por Couto-Oliveira (2007, p.57):

A correlação entre pobreza e depressão é bem consistente: altos índices de sintomas depressivos são comuns entre a população pobre, especialmente entre mães com crianças pequenas (NIMH, 2001, conforme citado em Couto-Oliveira, 2007; WHO/OMS,

2002, conforme citado em Couto-Oliveira, 2007; Deborah Belle & Joanne Doucet, 2003, conforme citado em Couto-Oliveira, 2007). A prevalência de depressão maior afeta duas vezes mais mães pobres que o restante das mulheres (Deborah Belle & Joanne Doucet, 2003, conforme citado em Couto-Oliveira, 2007). Estudo brasileiro com mães vivendo em invasões reporta que 36% destas mulheres sofriam problemas emocionais (Patel et al., 1999, conforme citado em Couto-Oliveira, 2007, p. 57).

Assim, a situação de vulnerabilidade vivida por mulheres, em especial mulheres pobres, as coloca em desvantagem não apenas no que diz respeito a um desenvolvimento social e econômico adequados, mas também representa riscos em relação a adoecimentos físicos e psíquicos, o que se agrava com a dificuldade que enfrentam no acesso à saúde (Couto-Oliveira, 2007).

Aos 18 anos, Maria narrou ter tido sua primeira crise em saúde mental, com tentativa de suicídio. Aos 20 anos, perdeu sua mãe, e tentou suicídio mais uma vez, sendo internada em um hospital pelo período de três meses, e posteriormente encaminhada a um CAPS em um município da região metropolitana de Recife. Neste período, conta que o filho faleceu, o que a jogou em um espiral de angústia difícil de suportar. Mais uma vez refere não ter conseguido dar continuidade ao tratamento, pois ficou responsável pelos cuidados da neta, filha do filho que perdeu, e havia o imperativo de continuar trabalhando. Diz que trabalhava como cozinheira em um bar, sem carteira assinada, e os remédios psiquiátricos a deixavam muito sonolenta, o que fez com que sentisse a necessidade de interromper o tratamento. “É porque eu dormia. Ficava muito sonolenta. Aí não tinha condição de eu trabalhar...” (Maria, entrevista, 2 de janeiro de 2023). Após isso, entrou em nova crise e foi encaminhada para o CAPS onde faz tratamento até hoje.

Ao questioná-la sobre sua rede de apoio, Maria relata nunca ter recebido qualquer auxílio da família, nem em relação aos cuidados consigo mesma, nem nos cuidados com a neta, que tinha três anos quando seu filho faleceu, e cuja criação assumiu

para si. Mais uma vez é possível perceber o papel de cuidado socialmente atribuído às mulheres que, sem apoio, têm dificuldade para dar conta também do cuidado de si (Couto-Oliveira, 2007). Para além disso, a necessidade de continuar trabalhando para sobreviver, apesar do adoecimento psíquico, aponta para a lógica cruel de funcionamento do capitalismo, e a falta de assistência do Estado, que carece de políticas públicas adequadas às necessidades da população.

Hoje, Maria relata não conseguir trabalhar, devido a doenças físicas e psíquicas, e conta que o companheiro também tem encontrado dificuldades para realizar “bicos” (sic), pois tem medo de deixá-la em casa sozinha, devido aos pensamentos suicidas que ela descreve como constantes. Lamenta, nesse sentido, a ausência do CAPS em sua vida, que segundo ela permitia um momento de respiro para que o marido pudesse trabalhar. É importante lembrar mais uma vez que o CAPS onde Maria realiza seu tratamento há anos, encontra-se há alguns meses de portas fechadas. Por causa de uma reforma, a permanência dos usuários e da equipe no espaço se tornou insustentável e a Prefeitura da Cidade do Recife não apresentou saídas para a continuidade do funcionamento do serviço de forma adequada.

Maria fala de maneira muito positiva do CAPS, cita os grupos dos quais participava e diz sentir saudade dos atendimentos de sua Técnica de Referência no serviço. Além disso, relata um sentimento de pertencimento em relação ao CAPS, do qual sente falta. Segundo ela, diferente de outros locais, lá não se sentia julgada em seu adoecimento, mas entendida por outros que vivenciam o mesmo. Atualmente, com a falta do serviço, relata maior isolamento e solidão. Também refere, mais uma vez, dificuldades de acesso aos cuidados em saúde, tanto em relação à sua saúde mental, pois devido a suas dificuldades financeiras não tem conseguido buscar suas medicações dentro da frequência necessária, quanto em relação aos cuidados de seus problemas de saúde física. No que diz respeito à sua rede de apoio, conta que encontrou amparo em outra mulher, sua vizinha.

Apesar da participação relatada por Maria como positiva ao seu tratamento, sua fala sobre

o CAPS também traz outro ponto de reflexão possível, que é a necessidade do cuidado em rede, e a ampliação do cuidado para além dos serviços de saúde. Como pontuado por Barreto (2005) a crise em saúde mental encontra-se mergulhada em determinado contexto social e histórico. Segundo ele, a crise de um sujeito não representa unicamente a crise daquele sujeito, mas sim de uma família e de uma sociedade como um todo (Barreto, 2005).

Nesse sentido, para que seja possível cuidar de uma crise, é preciso olhar para a realidade singular de cada sujeito e todas as teias que dele partem e se ramificam para além de sua experiência individual. É necessário envolver diversos atores nesse cuidado, que incluem os profissionais de saúde, a família, a comunidade e todos os aspectos de um território que é vivo e encontra-se em movimento (Fialho et al., 2014). Nesse sentido, apesar de representar grande avanço em relação ao cuidado em saúde mental, e terem papel importante no tratamento das situações de crise, os CAPS não podem, e nem devem dar conta disso sozinhos. É preciso ir além, inclusive no que diz respeito ao papel do Estado nesses processos. É preciso se atentar, ainda, para a função que a estrutura de funcionamento capitalista assume no adoecimento psíquico dos sujeitos, e se engajar na construção de saídas possíveis, a partir do coletivo.

Considerações Finais

O presente trabalho buscou aprofundar, por meio de um estudo de caso, a discussão acerca das produções de adoecimento psíquico dentro dos sistemas de opressão perpetrados pelo colonialismo. Para tal, considerou-se pertinente realizar uma análise decolonial dos processos narrados, considerando que aspectos como raça, classe, gênero, entre outros, incidem de maneira importante nos processos de saúde-doença, que se encontram mergulhados em um contexto sócio-histórico que os afeta.

A partir da análise, é possível perceber a interdependência entre as condições de vida dos sujeitos e a produção de sofrimento psíquico. Não se pretende aqui olhar para o fenômeno com uma perspectiva de causa e efeito, mas sim poder ampliar essa visão e enxergar os diversos atravessamentos

que incidem sobre cada sujeito e as significações que esses processos podem ganhar no desenvolvimento de sua saúde. Como dito por Belchior na música “Alucinação”(1976): “A minha alucinação é suportar o dia a dia; E meu delírio é a experiência com coisas reais”. O que permite uma reflexão sobre os processos de subjetivação possíveis dentro de estruturas adoecedoras como as dos sistemas capitalista e colonial, e torna tênue as linhas que delimitam o que seria saúde e sofrimento mental nesse contexto. A pobreza, a violência de gênero e o isolamento social se mostraram como componentes importantes na história de vida da usuária que participou do estudo. Além disso, o fechamento do CAPS onde a usuária faz tratamento parece ter provocado certa agudização do seu sofrimento psíquico, o que revela a importância do papel do Estado na garantia e no fortalecimento desses serviços e do cuidado em rede.




A percepção do papel da estrutura capitalista na produção de saúde e de adoecimento traz ainda o dever ético e a importância de buscar saídas possíveis para essa realidade. Ainda retomando a mesma música citada, Belchior afirma: “Amar e mudar as coisas me interessa mais”. Para a autora e ativista política Bell Hooks (2010), o amor se trata, de fato, de uma ferramenta política para a transformação da realidade. Segundo ela, apenas a partir de uma ética do amor é possível transformar sistemas de dominação como o imperialismo, sexismo, racismo, classismo, entre outros (Hooks, 2010). Somente com a compreensão de que todos esses sistemas de dominação se interligam e se afetam, e possuem impacto importante na exploração não apenas de nós mesmos, mas de outros, será possível construir uma luta política que não vislumbre a melhoria desses sistemas que estão postos, mas que os revolucione e tenha como objetivo a transformação da realidade (Hooks, 2010). Ainda de acordo com a autora: “Quando conhecemos o amor, quando amamos, é possível enxergar o passado com outros olhos; é possível transformar o presente e sonhar o futuro. Esse é o poder do amor. O amor cura” (Hooks, 2010, p.12). Cura essa que se expande do individual para o coletivo.

Referências

- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131. Recuperado de <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-resumen-determinantes-sociais-e-economicos-da-S0870902510700031>
- Alves, Z. M. M. B., & Silva, M. H. G. F. (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 5(8), 61-69. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X1992000200007>
- Azkue, M., Luxán, M., & Legarreta, M. (2014). *Otras formas de (re)conocer: Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista*. Universidad del País Vasco.
- Barreto, A. P. (2005). *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR.
- Belchior. (1976). *Alucinação* [Canção]. Em *Alucinação* [Álbum]. PolyGram.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Ministério da Saúde.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasil. (1988). Presidência da República.
- Casa Civil. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- Costa, A. C. G. P. da, & Fernandes, E. R. (2023). Violações e desvalorização dos direitos humanos e trabalhistas das empregadas domésticas. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE*, 9(9), 745–753. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i9.11185>
- Couto-Oliveira, V. (2007). *Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência* (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília). Repositório Institucional da UnB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/2862>
- Curiel Pichardo, O. (2014). Construyendo metodologías feministas desde el feminismo decolonial. In Mendia Azkue, M., Luxán, M., Legarreta, M., & et al. (Eds.), *Otras formas de (re)conocer. Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista* (pp. 45-60). Donosti-San Sebastian: Universidad del País Vasco.
- Davis, A. (2018). *A liberdade é uma luta constante*. Editora Boitempo.
- Desviat, M., & Ribeiro, V. (2015). A reforma psiquiátrica. *SciELO-Editora FIOCRUZ*. <https://doi.org/10.7476/9788575415436>
- Dimenstein, M., Siqueira, K., Macedo, J. P., Leite, J., & Dantas, C. (2017). Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 72-87. Recuperado de <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v69n2/06.pdf>
- Dutra, M. Z. L. (2015). *Trabalho infantil: caminho que perpetua a pobreza*. REGIONAL DO TRABALHO.
- Fanon, F. (1967). *Black skins, white masks*. Grove Press.
- Federici, S. (2021). *O patriarcado do salário - Notas sobre Marx, gênero e feminismo*. Boitempo.
- Fialho, M. B., Lancetti, A., & Zeferino, M. T. (2014). Fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. *Unasus*. Recuperado de <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3303>
- Fleury, S., Bicudo, V., & Rangel, G. (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Salud colectiva*, 9, 11-25.
- Foucault, M. (2005). *História da loucura na idade clássica* (8ª ed.). Perspectiva.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia da Autonomia* (31ª ed.). Paz e Terra.
- Funasa. (2005). *Saúde da População Negra no Brasil*. Recuperado de https://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/saudePopNeg.pdf
- Gubrium, J., & Holstein, J. (2009). *Analysing narrative reality*. Sage Publications.

- Godoy, A. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *RAE-revista de administração de empresas*, 35(2), 65-72.
- Gonzalez, L. (1988b). A categoria político-cultural de amefricanidade. *Tempo Brasileiro*, 92/93, 69-82.
- Gonzalez, L. (2020). *Por um feminismo afro-latino-americano*. Editora Schwarcz-Companhia das Letras.
- Hooks, B. (2010). Vivendo de Amor. Recuperado de <https://www.geledes.org.br/vivendo-de-amor/>
- Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, 5, 7-41.
- Kassouf, L. (2015). Evolução do trabalho infantil no Brasil. *Sinais sociais*, 9(27), 9-45.
- Kilomba, G. (2019). *Memórias da Plantação: Episódios de racismo cotidiano*. Editora Cobogó.
- Kind, L., & Cordeiro, R. (2016). Os encontros que compõem o ofício de pesquisar. *Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social*, 16(2), 0307-324.
- Laurell, A. C. (1976). A saúde-doença como processo social. *Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc*, 84, 131-157.
- Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990, setembro 19). *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990, julho 13). *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente*. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Mbembe, A. (2017). *Políticas da inimizade*. Antígona.
- Martinez, M. (2001). Trabajo Infantil y Subjetividad: una perspectiva necesaria. *Estudios de Psicología Trabajo infantil y subjetividad*, 6(2), 235-244.
- Moreira, M. I. C., & Sousa, S. M. G. (2012). Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. *O social em Questão*, (28), 13-25.
- Paulin, T., & Luzio, A. (2010). A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(2).
- Roza, G. (1996). *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Santos, N. (1983). *Tornar-se negro: Ou as vicissitudes da identidade do negro em ascensão social*. Graal.
- Silva, R. C. D. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In *Psicologia e saúde: repensando práticas*. EDUSP (pp. 25-40).
- Silva, L. B. B., & Bicudo, V. (2022). *Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença*: discutindo conceitos e perspectivas. Mórula.
- Silva, S., et al. (2021). *Classe, Gênero, Raça e os Entraves ao Enfrentamento do Trabalho Doméstico de Meninas*: análise do Redesenho do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil no Maranhão.
- Souza, N. S. (2021). *Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negreiro em ascensão social*. Schwarcz-Companhia das Letras.
- Spivak, C. (2010). *Pode o subalterno falar?*. Editora UFMG.
- Vergès, F. (2020). *Um feminismo decolonial*. Ubu Editora.

As Determinações Do Gênero E Estigma Na Autonomia De Mulheres Em Adoecimento Mental: Um Estudo Com Pacientes Internadas

Milena de Siqueira Nolasco¹ , Júlia Magna da Silva Teixeira² , Paula Soalheiro Gravina de Almeida³ 

*Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais
Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil*

Resumo: O presente artigo buscou analisar como os estigmas sobre a loucura e os estereótipos sobre o gênero feminino podem afetar a saúde e vida das mulheres em adoecimento mental. Para a aproximação do tema, foi realizada uma pesquisa com treze participantes, mulheres internadas em um hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte, Minas Gerais, as quais vivenciam cotidianamente as manifestações de estigmas e estereótipos sobre seu adoecimento mental e o ser mulher, dentro e fora dos serviços de saúde que fazem parte do seu cuidado. Metodologicamente, o estudo integrou uma pesquisa de cunho qualitativo, utilizando como instrumentos os grupos focais, sucedendo posteriormente com a análise do conteúdo, que permitiu explorar os múltiplos atravessamentos que existentes a partir da realidade que as participantes enfrentam. O estudo evidenciou que os estigmas e estereótipos sobre as mulheres em adoecimento mental percorrem seu cotidiano com falas de inferiorização e julgamentos e afetam seu cuidado em saúde, sua autonomia e, conseqüentemente, prejudica-as emocionalmente, o que muitas vezes pode intensificar os sintomas.

Palavras-chave: Saúde mental; Gênero; Estigma

The Determinations Of Gender And Stigma In The Autonomy Of Women Suffering From Mental Illness: A Study With Hospitalized Patients

Abstract: This article sought to analyze how stigmas about madness and stereotypes about the female gender can affect the health and lives of women suffering from mental illness. To approach the topic, a survey was carried out with thirteen participants, women hospitalized in a public psychiatric hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais, who daily experience the manifestations of stigmas and stereotypes related to their mental illness and being a woman, inside and outside. Of the health services that are part of your care. Methodologically, the study integrated qualitative research, using focus groups as instruments, followed later by content analysis that allowed exploring the multiple crossings that exist based on the reality of the participants. The study showed that stigmas and stereotypes about women suffering from mental illness permeate their daily lives with statements of inferiority, judgments and affect their health care, their autonomy and consequently affect them emotionally and can often intensify symptoms.

Key words: Mental health; Gender; Stigma

1 Assistente Social graduada pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Especialista em Saúde Mental pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Arapiraca-Alagoas, Brasil. *E-mail:* milenasiqueira.nolasco@gmail.com.

2 Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *E-mail:* julia.magnas@gmail.com

3 Assistente Social - CRESS 14916/6^o Região - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Belo Horizonte-Minas Gerais, Brasil. *E-mail:* paulasgravina@gmail.com

INTRODUÇÃO

Historicamente, a loucura e os(as) loucos(as) eram vistos na sociedade sob diversas concepções; “de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade” (Amarante, 2007, p. 23), destinados a viver em lugares como asilos, prisões, igrejas e hospitais. Os(as) doentes mentais eram excluídos(as) do convívio social, pois eram vistos(as) como ameaças à ordem e ao bem-estar comum, que não poderiam ser afetados por pessoas fora do padrão da normalidade. Graças ao discurso científico, a loucura passou a ser vista como doença a ser tratada. Assim, por meio do isolamento objetivava-se a cura para a elevação moral, visto que o(a) louco(a) era visto(a) como portador de um caráter defeituoso e mal desenvolvido.

Na metade do século XIX, no Brasil, houve iniciativa da assistência psiquiátrica pública, que seguia o caráter asilar mediado pelos princípios da igreja católica. Na época, a sociedade brasileira, de modo hegemônico, via os(as) loucos(as) como ameaças à segurança pública, que deveriam ser recolhidos do meio social para a proteção da sociedade. Incentivado pela massa popular, o Estado Imperial criou o hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, com o objetivo de retirar e excluir o(a) “anormal”, espalhando por todo o território nacional o que passou a ser o espaço legitimado para a loucura (Fortes, 2010).

As internações e punições nos hospitais psiquiátricos de todo o mundo, inclusive do Brasil, eram intensificadas quando se tratava de mulheres com adoecimento mental, julgadas muitas vezes por determinismos biológicos, deduzindo-se que deveriam ser submissas na sociedade e que seu lugar no mundo era subalterno. Essas internações e punições deviam ser aceitas sem qualquer tipo de reivindicação, pois, caso contrário, essas mulheres estariam cometendo um crime ou seriam consideradas como loucas e enviadas para asilos manicomiais (Toledo, 2001). As mulheres com adoecimento mental têm sido oprimidas amplamente, dentro e fora de instituições de saúde, visto que seu tratamento e a gestão de suas vidas não costumam ser compartilhados com elas e

apontam-nas como incapacitadas de gerir ou sugerir mudanças com base em estereótipos impostos sobre o gênero e/ou doença mental (Souza, 2021).

Ao longo de toda a construção e evolução da psiquiatria, as doenças mentais foram consideradas objetos da natureza e os sujeitos por elas acometidos eram excluídos e isolados. Na atualidade, as internações de mulheres e homens são sugeridas para intervir na crise, com o objetivo de estabilizá-la, para garantir tanto a integridade do(a) usuário(a) como das demais pessoas. Em contraposição a isso, Franco Basaglia, em 1985, propôs colocar a doença entre parênteses e dar maior destaque à subjetividade e autonomia dos sujeitos, valorizando suas ações e seus sentimentos, de modo que sejam posicionados como protagonistas de suas vidas, e não somente reduzidos a simples sintomas do seu adoecimento (Amarante, 2007). Em consonância com a proposta de Basaglia, a autonomia do sujeito deve ser uma prioridade, uma vez que um modelo de cuidado implica necessariamente na capacidade de foco e compreensão do paciente quanto à sua doença sejam avaliadas com cuidado, de modo que não seja retirado o direito de ação do indivíduo, mas também para que não se prejudique seu tratamento com interrupções indevidas (Soares, 2007). De acordo com Fortes (2010, p. 327) a autonomia

[...] é a capacidade de autogoverno, de livre arbítrio quanto à regência de seu próprio destino, envolve a proteção da privacidade, da confiabilidade e da procura de ações que se baseiam em um consentimento informado, opondo-se a qualquer forma de coerção, mesmo que seja justificada por eventuais benefícios sociais.

Em diversos momentos da vida das pessoas com transtorno mental, sua autonomia é reduzida sob o argumento de garantir sua proteção e a proteção do outro, dentre as vulnerabilidades postas no momento mais agudo da crise (Fortes, 2010). A pessoa em crise encontra-se vulnerável em relação à sua capacidade de organização, tomada de decisões e crítica quanto ao tratamento, colocando-se muitas vezes em risco (Mendonça, 2019). Entretanto, na maioria dos casos, essa redução é afetada pelo estigma social sobre a loucura e o(a) louco(a).

O estigma pode ser definido como uma inferiorização, defeito ou fraqueza que é imposto a algo ou alguém que seja diferente de uma norma ou padrão seguido por uma maioria (Nunes & Torrenté, 2009). Goffman (1998) remete que os estigmas são apontados como algo estranho e que diminui alguém, sugerindo características ruins e fora da normalidade posta socialmente; assim, observam-se estigmas sobre pessoas com adoecimento mental, as quais são desumanizadas, excluídas dos processos sociais e atribuídas a valores distorcidos da realidade. Nunes & Torrenté (2009, p.105) destacam que

estigmatizadas e violências inscrevem no universo das representações sociais. O estigma pode ser expresso como uma condição genérica de preconceito arraigado e naturalizado na nossa cultura, sintetizado na frase de um profissional: “a sociedade não está pronta para receber o usuário”. Esse preconceito mantém-se relacionado, principalmente, aos conceitos de periculosidade e de infantilidade atribuídos à loucura e a uma redução do sujeito à doença.

A história da clínica psiquiátrica aponta que por décadas o(a) louco(a) não tem sido visto como um sujeito a ser estudado e tratado, mas sim passível de exclusão social de cunho “moral”, com a retirada do direito de falar sobre si mesmo e seu tratamento. Destaca-se que esse silenciamento é intensificado quando se trata das mulheres consideradas loucas (Zanello, 2018), pois lhes são atribuídos estereótipos com discriminações e iniquidades, somadas ao sofrimento mental que enfrentam. Os estereótipos são padrões aplicados a determinados grupos, baseados pela definição cultural da sociedade e, sendo esta majoritariamente patriarcal, os traços e comportamentos pré-moldados sobre a classe de mulheres recaem como limitadores sociais (Silva et al., 2018).

De acordo com Showalter (1987), citada por Zanello (2018), os manicômios, assim como o casamento, foram criados como formas de confinar mulheres e lhes deixarem loucas. Os homens em todo o decorrer da história são considerados racionais, e as mulheres, insanas, associando a loucura a um erro delas, próprio de sua essência. A

experiência da loucura é historicamente vivenciada de forma distinta entre o gênero masculino e o feminino e, em muitos casos, as mulheres foram colocadas em instituições asilares apenas por casos de alterações de comportamento associados a posturas indisciplinadas (Engel, 2000).

Em 1890, médicos alienistas – profissionais que estudavam a ciência denominada alienismo, pioneira nos estudos de transtornos mentais (Amarante, 2007), chegaram a considerar “loucura menstrual” e apontavam que o momento em que a mulher menstruava era favorável às manifestações de doenças mentais, pois indicavam que grande parte delas apresentavam algum tipo de perturbação no sistema nervoso quando estavam nesse período, mesmo quando se tratava de uma ocasional enxaqueca (Engel, 2000).

Assim, a imagem feminina foi construída com base em uma lógica carregada de estereótipos, os quais determinam que as mulheres sejam qualificadas como naturalmente frágeis, submissas, doces e sedutoras, e aquelas que apresentassem contrariedade a essas “atribuições” deveriam ser consideradas seres antinaturais (Engel, 2000). São criadas expectativas sobre o que se espera das ações das mulheres, sinais de fraqueza, obediência e, como ponto importante a destacar, a loucura. Dessa forma, passa a ser naturalizado, inclusive, o adoecimento feminino como a individualização do problema, com justificativas que se voltam para questões orgânicas através de explicações psicologizantes, indicando um modelo a-histórico e sem crítica do que é ser mulher (Faria, 2019).

A autora Scott (1995, p. 7) disserta que o gênero é uma maneira de representar algumas construções sociais, nas quais há um delineamento sobre os papéis direcionados aos homens e às mulheres. Diante disso, a desigualdade de gênero é encontrada no cotidiano ao percebermos as diferenças no que é designado; por exemplo o choro, destacado como expressão proibida ao homem, mas atribuída às mulheres. Zanello (2018, p. 23) aponta o exemplo do choro e questiona:

Destaca-se que “choro” é o exemplo dado nos principais manuais de classificação diagnóstica para o sintoma “tristeza”,

para diagnosticar o transtorno mental da “depressão”. Seria à toa que índices epidemiológicos desse transtorno sejam mundialmente bem maiores em mulheres? Ao definir os sintomas que compõem certo transtorno, sem uma crítica de gênero, pode-se criar um olhar enviesado que hiperdiagnostique transtornos em certo grupo e invisibilize-os em outros.

As mulheres em adoecimento mental são incompreendidas com relação a seus dizeres e atos, tanto por profissionais como por pessoas do convívio destas. Vinculam-se suas falas a desorganização/deslocamento da realidade social associando-os a possível doença mental, não considerando a existência das suas subjetividades e modos de autonomia, o que pode acarretar a intensificação dos sintomas, uma vez que a incompreensão gera cansaço e exaustão para as que estão nesta posição. A ideologia patriarcal reforça papéis para as mulheres interligados a valores inferiores em relação aos homens. Faria (2019, p. 19), aponta que

concretamente a ideologia patriarcal dissemina uma visão sobre as mulheres que as caracteriza como naturalmente sensíveis, emotivas, delicadas; e os homens como naturalmente corajosos, racionais, inteligentes. Trata-se de uma forma de interpretar o mundo fundamental para garantir a manutenção dos privilégios objetivos dos homens e também das concepções que os privilegiam, oferecendo padrões de comportamento que cada gênero deverá seguir.

Analisando a loucura sob a perspectiva de gênero, Souza (2021, p. 14) aponta que “[...] além das mulheres serem predominantes em números de casos, também são predominantemente representadas como irracionais, e os homens, como detentores da razão”. A doença é atravessada pelos estigmas da loucura das mulheres e pelas desigualdades impostas nos processos de individualidade do que é ser homem e do que é ser mulher com adoecimento mental, dentro e fora dos modos de cuidado e tratamento, provocando sofrimento e dificuldades na adesão ao tratamento

e participação social em diversos âmbitos da vida, acarretando a depreciação dessas pessoas, levando-as ao distanciamento e isolamento dos grupos dominantes, considerados padrões na sociedade. Nascimento & Leão (2019, p. 104) ressaltam que

ainda que não tenha vivenciado um processo de institucionalização, a pessoa com algum tipo de transtorno mental está sujeita a ser estigmatizada, devido aos valores manicomial e excludentes que se fazem presentes na sociedade, o que dificulta seu processo de recuperação devido à internalização do estigma.

Quando dialogamos sobre os estigmas apontados sobre as doenças mentais e os estereótipos sobre as mulheres, destacamos que estão por essência inseridos no olhar cultural e social permeado de preconceitos. Cria-se, então, um distanciamento entre as pessoas que estão estigmatizando e aquelas que estão sendo estigmatizadas, visto que constará uma violência sendo inserida por meio de julgamentos, olhares, ações preconceituosas e o próprio abandono desses, para auxiliar e compreender o outro diante de cada experiência individual, atravessada pelas questões de classe, raça e gênero (Nascimento & Leão, 2019; Nunes, 2009). Nesse sentido, o presente estudo buscou analisar como os estigmas sobre a loucura e os estereótipos sobre o gênero feminino podem afetar a saúde e vida das mulheres com doença mental.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo/desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de cunho qualitativo, que propôs uma pesquisa de campo com a técnica dos grupos focais, tendo como principal ponto de discussão tópicos acerca da relação entre estigma, estereótipos de gênero e autonomia de mulheres em adoecimento mental. Em seu texto, Minayo (1994, p. 51) expõe que a pesquisa de campo “se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também

de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo”. Com esse método, podem-se produzir conhecimentos e reflexões acerca do tema proposto com base em vivências e narrativas de mulheres internadas em um hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte.

Segundo Gondim (2003, p. 150), a pesquisa qualitativa “[...] destaca a diferenciação entre os dois tipos de objetos de estudo – o físico e o humano – ao admitir que, ao contrário do objeto físico, o homem é capaz de refletir sobre si mesmo e, por meio de interações sociais, construir-se como pessoa”. Assim, o estudo exploratório pode ampliar a fonte de saberes e considerações sobre as limitações colocadas mediante o estigma da loucura e estereótipos do gênero sobre as mulheres.

Local do estudo

O presente estudo teve como cenário um hospital psiquiátrico público, situado em Belo Horizonte, inaugurado em setembro de 1922, cujo cotidiano consiste na execução de atividades de ensino e pesquisa e na assistência aos usuários da saúde mental que estão internados devido à agudização de seu adoecimento mental após a crise. O serviço funciona em regime de urgência e emergência ambulatorial e internação de curta permanência, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Atende usuários da região metropolitana e do interior de Minas Gerais.

Atualmente o hospital tem 104 leitos ativos, divididos em seis unidades assistenciais. A equipe que está ligada diretamente às pacientes é composta por profissionais que estão distribuídos entre assistência, direção e coordenação.

População/amostra

Foram incluídas na pesquisa, após amostragem não probabilística por conveniência, pacientes internadas nas alas femininas do hospital psiquiátrico, um grupo com sete mulheres na Ala A e um grupo com seis mulheres na Ala B. As participantes tinham idades entre 20 e 50 anos, residiam em cidades metropolitanas de

Belo Horizonte, onde umas conviviam com pais e irmãos, outras com cônjuges e filhos. Dessa forma, foram articuladas intervenções que objetivaram o aprofundamento do debate e reflexões sobre como os estigmas e estereótipos em relação às mulheres com adoecimento mental influenciam o processo de autonomia e cuidado em saúde.

Os critérios de inclusão na participação da pesquisa foram: ser mulher, estar internada no hospital psiquiátrico, ter condição indicada pela equipe assistencial acompanhante e que aceitassem participar da pesquisa após a compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios para exclusão na participação da pesquisa foram: pacientes que estivessem impossibilitadas por condições de seu quadro ou devido a questões de rotina institucional e mulheres internadas compulsoriamente.

Coleta de dados e procedimentos do estudo

A coleta de dados ocorreu entre o período de 01 de julho a 30 de agosto de 2023, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), conforme cronograma proposto. Houve aviso prévio sobre a execução da coleta de dados às equipes assistenciais e participação na reunião de discussão de caso das alas A e B para definir quais pacientes estavam em condições de participar da pesquisa. Em seguida, as participantes foram abordadas previamente ao início do grupo, orientadas sobre o funcionamento e objetivo da pesquisa e questionadas se aceitariam participar da discussão proposta.

O início do estudo exploratório ocorreu somente após todas as participantes terem concordado formalmente em participar da pesquisa, mediante a leitura e assinatura do TCLE, de forma a garantir os preceitos éticos e o sigilo dos dados e assegurar seus direitos de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Brasil.

A pesquisa de campo decorreu mediante a utilização de grupos focais, que permitiram uma coleta de dados das interações grupais desenvolvidas com base no tema proposto, proporcionando

a aproximação de percepções, atitudes e representações sociais do lugar em que as pessoas envolvidas na pesquisa se encontram, bem como seus conhecimentos e vivências significativas (Gondim, 2003). Foram construídos coletivamente saberes e conhecimentos entre pesquisadora e participantes, uma vez que “o campo se torna um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos” (Minayo, 1994 p. 54). O estudo foi fundamentado por questões teóricas de autores(as) que abarcam gênero, saúde mental, estigma e autonomia em seus estudos.

A coleta de dados ocorreu em dois encontros com o método de grupos focais, o primeiro com sete pacientes da Ala A e o segundo com seis da Ala B (com participantes diferentes em cada encontro). Com a devida autorização delas, foi feita gravação de áudio para uma análise mais detalhada da pesquisa. Para guiar a discussão dos grupos, a pesquisadora utilizou um roteiro semiestruturado construído com base na literatura sobre o tema, composto por cinco perguntas:

1. Você acredita que já sofreu algum tipo de preconceito ou discriminação por ser mulher e/ou por ter uma doença mental?
2. Você acha que existe diferença entre o tratamento de saúde que você recebe e o tratamento que um homem recebe?
3. Você consegue dar sugestões ou tirar dúvidas sobre seu tratamento? Como a equipe reage?
4. Você acredita que tem autonomia para tomar decisões?
5. No dia a dia, você nota alguma limitação à sua autonomia, imposta por pessoas do seu convívio, na sua casa e no seu bairro?

Metodologia de análise dos dados

A análise dos dados coletados ocorreu entre 01 de setembro de 2023 a 30 de dezembro, com o objetivo de compreender como os estigmas e estereótipos em relação às mulheres com adoecimento mental influenciam no processo de autonomia e cuidado em saúde. Depois de serem

gravados em áudio, os diálogos abordados foram transcritos com o auxílio do programa google *pinpoint*. Posteriormente, as falas foram separadas em duas categorias, uma que elencou o tema do atravessamento do gênero e o adoecimento mental e a outra sobre a autonomia e o cuidado em saúde mental. Sendo uma pesquisa fundamentada na essência qualitativa, o estudo sucedeu com a análise do conteúdo, com métodos que intercalaram aspectos teóricos e técnicos voltados ao conhecimento acerca da realidade social, aproximando-se de questões da vida humana em sociedade e suas expressões e desvendando-as de modo crítico (Santos, 2012).

A técnica de análise de conteúdo com a vertente que se baseia na visão da autora Laurence Bardin permitiu explorar os múltiplos atravessamentos existentes considerando a realidade colocada pelas participantes da pesquisa. Com a exploração da realidade foi possível se aproximar de assuntos voltados à subjetividade de cada uma e como os estigmas sobre o adoecimento mental e sobre o seu gênero intrinsecamente afeta seus cotidianos, com limitações a autonomia e intensificação do sofrimento mental. Esse método de análise se estrutura em três fases: pré-análise (organização e levantamento do material a ser analisado mediante os critérios de elegibilidade caracterizados pela exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência); exploração do material (codificação dos documentos levantados, que será sucedida pelo recorte da pesquisa, com base em tema, palavras e acontecimentos); e análise do conteúdo (criação de categorias temáticas, por meio da análise das narrativas que podem refletir a realidade apontada pelas referências teóricas (Santos, 2012).

Considerações éticas

A pesquisa proposta iniciou após ser submetida à avaliação da Coordenação de Inovação e Pesquisa (CIP/FHEMIG) e à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FHEMIG), CAAE 70059923.6.0000.5119 e parecer 6.229.802, conforme fluxo de encaminhamento de projetos de pesquisa da FHEMIG. Todo o estudo foi realizado com a devida autorização das participantes, via

leitura e assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com o qual elas estavam cientes de que não sofreriam danos, sendo resguardado o anonimato e o respeito aos limites delas.

Todas as informações levantadas foram analisadas, armazenadas e elencadas, e a identidade de cada participante da pesquisa foi protegida. Caso os dados sejam posteriormente apresentados e/ou publicados em eventos científicos, será preservado o anonimato, sendo garantidos a confiabilidade das falas, os relatos e as vivências. Assim, com o intuito de manter em sigilo as identidades, as análises trazem nomes fictícios de mulheres como representação das participantes da pesquisa: Maria, Helena, Laura, Manoela, Rosa, Olívia, Beatriz, Melissa, Eduarda, Jôse, Jade, Flor, Vitória.

Resultado e discussão

Mediante a realização dos dois grupos focais propostos, foi possível analisar as narrativas das participantes e elencá-las em duas categorias com temas que tiveram pontos em comum, tanto sobre estigmas da doença mental, como os estereótipos de gênero e as limitações a autonomia no cuidado em saúde. Relacionamos a seguir a realidade dessas mulheres com pesquisas teóricas que abordam os temas.

O caminho solitário e a sobrecarga das mulheres em adoecimento mental

Durante a discussão fomentada nos grupos, temas como exploração da mulher e sobrecarga de tarefas foram se repetindo nas falas. Elas relataram como ser filha, esposa, mãe e profissional, entre outros papéis, as sobrecarrega emocionalmente, apontando esses fatos como fatores influenciadores do seu adoecimento mental. Como exemplificam as participantes:

Eu não gosto de ser mulher, eu acho que mulher é muito sobrecarregada, muita responsabilidade e sei lá, eu não gosto de ser mulher não, eu acho que nós mulheres somos muito cobradas. Muita cobrança

com tudo, com aparência, aí você tem que ser mãe, esposa, trabalhar fora (Maria, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

Eu surtei há sete anos atrás, tive o meu primeiro surto por causa disso mesmo. Eu tive uma sobrecarga de tarefas. É onde eu sou mãe solo também, e o que acontece, eu abastecia mais de 40 estabelecimentos, eu sou confeitadeira, já era mãe, pai, faxineira, cozinheira, psicóloga, professora tudo ao mesmo tempo (Helena, comunicação pessoal, agosto 23, 2023).

Meu quadro é depressão grave. E foi exatamente o que mais ou menos fulana falou, que estava por causa de trabalho, entendeu? Eu fiquei muito cansada no trabalho, tava com muita pressão, muita cobrança e aí eu acabei entrando em depressão grave, pensamento de suicídio e tudo mais (Laura, comunicação pessoal, agosto 23, 2023).

Embora o espaço no mercado de trabalho seja uma conquista alcançada pelas mulheres, trazendo a elas mais liberdade, essa libertação veio com sobrecarga de tarefas, visto que elas precisam se desdobrar entre uma dupla jornada de trabalho, exercendo funções fora do ambiente doméstico e dentro dele (Souza & Guedes, 2016). As narrativas trazidas pelas participantes indicam como os caminharas são muitas vezes solitários e permeados de críticas. Esses fatores podem estar diretamente associados aos papéis sociais que são atribuídos a essas mulheres, diante da estrutura patriarcal imposta. Uma vez que

o patriarcado não consiste apenas na intensa discriminação salarial das trabalhadoras, em sua segregação ocupacional e em sua marginalização de importantes papéis econômicos e político-deliberativos, mas também no controle de sua sexualidade e, por conseguinte, de sua capacidade reprodutiva (Saffiotti, 2009, p. 11).

Podemos notar como há sobrecarga de atribuições às mulheres, mencionadas por algumas participantes do estudo como um estímulo para

seu adoecimento, como relatado pela participante Manoela

Mas a mulher, ela que é designada, igual as meninas falaram, ela que é responsável pela casa, geralmente é assim, né? [...] ela sempre está por trás de uma boa administração de um povo, pelas boas tarefas numa empresa. Mas existe essa questão também, é ela é muito sobrecarregada por várias dessas tarefas que ela é desempenhada a fazer, e eu acho que por causa dessas várias tarefas que ela é desempenhada a fazer, que geralmente acontece os curtos-circuitos, porque aí vai entrar na questão desse lapso mental, né? (Manoela, comunicação pessoal, agosto 23, 2023).

Toledo (2003, p. 25), após realização de estudos da antropologia, aponta que “a mulher não nasceu oprimida ou inferiorizada, mas passou a ser tratada dessa maneira”. Indica-se que de forma estrutural as mulheres foram introjetadas na lógica da exploração e subordinação de gênero, ocasionando impactos à sua saúde física e mental. Assim como registrado na história da psiquiatria, aponta-se para marcas históricas sobre a inferiorização sobre o gênero feminino. Em seu texto, Pereira (2020) destaca que

ao estabelecer-se enquanto ciência de classe (Basaglia, 2010a), a Psiquiatria se constitui enquanto uma ciência dogmática que produz estigma e exclusão, e como tradição ideológica acaba por universalizar ideias particulares vinculadas a interesses específicos. Dessa maneira, para além do nascente Hospital Psiquiátrico, a ideologia psiquiátrica ganha corpo nas leis, na arte, na atividade econômica e nas relações pessoais, desenvolvendo-se e modificando até os dias atuais e sendo marcada pelas relações de gênero e de raça que estruturam a sociedade de classes: os diagnósticos, asilamentos e redução à lógica médica de uma série de sofrimentos se apresenta também respondendo à ideologia, garantindo a hegemonia da classe dominante (p. 58).

A mulher, constantemente associada a “passividade, maternidade, fragilidade moral e enlouquecimento” (Pereira, 2020, p. 59), além de

conviver com imposições sobre seu comportamento e afazeres e exigências sociais sobre o seu gênero, sofre as cobranças apontadas sobre pessoas com adoecimento mental. Durante as discussões expressas nos grupos focais, as participantes afirmaram que as diversas funções designadas às mulheres acabam lhes causando sofrimento. Torna-se, assim, evidente que os diagnósticos postos, na maioria das vezes, não estão apenas atrelados a fatores biológicos da natureza feminina, mas desencadeados também aos segmentos dos entrelaces de gênero na estrutura social colocada.

De acordo com Engel (2000), historicamente foi registrado um número maior de internações de mulheres do que de homens, o que se justifica pela pobreza, prostituição e cor da pele. Em épocas passadas, as mulheres que conseguiam um melhor tratamento eram as consideradas de boa família, de classe média/alta e brancas, destacando como as questões de gênero, classe e raça são determinantes do cuidado em saúde mental ofertado.

As desigualdades nas relações sociais de gênero apontam para quais lugares e momentos é tolerado o adoecimento mental das mulheres. Quando elas adoecem durante a condição de filhas, abre-se um espaço para que sua impossibilidade momentânea de executar afazeres domésticos, estudos ou trabalhos profissionais possa colocá-las em segundo plano até sua estabilização. Entretanto, quando adoecem condicionadas a serem mães e/ou esposas, esses papéis se sobrepõem ao sofrimento psíquico, colocando-as na posição da realização da tarefa do cuidado aos familiares paralelamente à execução de seus estudos, seu exercício profissional e o adoecimento (Santos, 2009).

A respeito dos preconceitos que sofriam por ser mulher e por realizarem tratamento em saúde mental, as participantes relataram processos de estigmatização vindo de pessoas próximas a elas. Afirmaram que no processo de violência contra as mulheres, e quando sujeitas ao adoecimento mental, elas são apontadas como perigosas, erradas, loucas, incompetentes e oprimidas. Como exemplo dessas violências verbais e deslegitimação sobre a mulher com adoecimento mental, podemos destacar as narrativas

[...] sabe uma coisa que sempre acontece com a minha própria família? Por isso que eu ficava muito assim, deprimida em aceitar o meu problema, falam “ah, é mais um delírio seu”. Ah é não, isso faz parte dos seus delírios, faz parte”. [...] Então, acho que a forma de tratar, porque é igual a pessoa com asma, você não vai virar pra pessoa com asma e vai falar assim “respira o ar tá aí, por que que você não vai respirar? Tá ali o ar, então você não dá conta de respirar o ar? (Rosa, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

O tratamento que você tinha antes de ter depressão, você não tem mais, as pessoas se afastam de você, te trata como se você fosse doida, outra hora diminui o seu sofrimento, falando que você não tem motivos pra tá desse jeito. Eles acham que é fácil, né? Acham que é fácil e que você não tem motivo para tá assim, que é só você chegar a passear que tudo vai passar, entendeu eu tive bastante (Maria, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

No tratamento não tem preconceito, agora o que anda rolando na região onde que eu moro é que falam que eu sou doida, e isso atrapalha, me incomoda e magoa. Porque eu não sou doida. Eu simplesmente tô fazendo tratamento com coisas do passado, que já passou igual foi dito para todo mundo (Olívia, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

Os próprios diagnósticos feitos para a maioria das mulheres carregam estereótipos sobre o gênero, como é o caso da “depressão maior, apontado pela epidemiologia como sendo predominantes em mulheres” (Zanello, 2014, p. 46). Os diagnósticos são baseados em valores considerados ideias sobre a natureza feminina, sobre como devem se comportar para serem consideradas dentro dos estereótipos sociais.

Sendo o sofrimento psíquico mediado pela linguagem e pela cultura, é imprescindível que a fala das pacientes seja reconhecida não só pelos profissionais atuantes nas políticas e nos serviços de

saúde, mas por toda a população, considerando a compreensão da complexidade dos aspectos sociais e históricos que perpassam o adoecimento mental de diversas mulheres. Assim como coloca Valeska Zanello (2014, p. 46): “se o sujeito se constitui nas relações de gênero, não se pode desconsiderar a participação destes valores, estereótipos e ideais na formação do próprio sintoma”.

A autonomia das mulheres e o cuidado à saúde

Foi possível identificar nas falas das participantes pontos de reflexões acerca de como se dá a autonomia em suas vidas. Aqui este conceito aparece como sinônimo de liberdade e de capacidade para fazer escolhas, sendo este um processo que em si mesmo pode ter um impacto na sua condição emocional, ilustrado nas falas a seguir:

[...] saber o certo e o errado, saber ter a sua independência no grau devido, sem atrapalhar outra pessoa. [...] Aquelas que têm a mentalidade de saber o que autonomia de distinguir o certo e o errado. A autonomia para escolher mesmo, as tarefas que ela tem de desempenhar. E o mais importante é eu escolher essas tarefas sem preconceito, né? Também é uma carga emocional muito grande, porque envolve tanto a questão do preconceito, o machismo e a independência financeira (Rosa, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

A autonomia para mim é entender a liberdade, liberdade de escolha para ser mãe e para não ser, para casar e para não casar, para ficar solteira, para viajar sozinha, para fazer o que ela quiser (Maria, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

Aí elas falaram independência, ótimo isso, tem que ter independência. Independência financeira para mim, comprar uma fruta para uma vitamina, ajudar mesmo pagar uma conta. Que que nós tá acontecendo hoje. Hoje eu vim parar aqui porque meu marido não aceita eu trabalhar em casa (Olívia, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

Esta autonomia é limitada por fatores excludentes da sociedade, na qual as mulheres são em sua maioria enquadradas nos estereótipos apontados como corretos pelo patriarcado. Percebe-se como os fatores limitantes impostos aos meios sociais, como rótulos, padrões de normalidade, dependência emocional e financeira, afetam consideravelmente a saúde e a autonomia de como ser mulher e atuar em sua própria vida.

A garantia de um trabalho profissional está entre as possibilidades para as mulheres em adoecimento mental ganharem autonomia e liberdade. Segundo Saffioti (1969, p. 42), “para a mulher, ter um emprego significa, embora isso nem sempre se eleve a nível de consciência, muito mais do que receber um salário. Ter um emprego significa participar da vida comum, ser capaz de construí-la, sair da natureza para fazer a cultura, sentir-se menos insegura na vida”. Colocado como um fator importante para que essas mulheres se identifiquem como seres autênticos e que percebam suas necessidade e valores para que possam ter a capacidade para desenvolver e modificar sua própria história (Ayres, 2001).

A autonomia está em ter conhecimento de seus direitos sociais, políticos e culturais, implica em ser protagonista de seu cuidado, ter a autogestão da própria vida, pode ser inclusive a aceitação e implicação quanto a seu tratamento, reconhecendo que este não é mais um dos limitadores do seu cotidiano, mas algo que lhe auxiliará a dar o seguimento necessário a suas atividades (Campos & Campos (2009) apud Paiva e Pinto (2021)). Paiva e Pinto (2021) destacam que a compreensão da autonomia é referida como

[...] a capacidade de um sujeito lidar com sua rede de dependências. A autonomia poderia ser considerada um processo de coconstituição da capacidade de um sujeito de compreender a si mesmo e ao contexto e de agir com base nessa compreensão (p. 3).

Ressalta-se que a autonomia não é estar em uma ação individual e solitária, assim como Soares e Camargo Jr. (2007) apud Paiva e Pinto (2021, p. 3) retratam: “quanto à importância de não se confundir autonomia com individualismo, nem liberdade com

algo descolado da realidade política e do contexto sociocultural no qual os indivíduos se inserem”. Durante a abordagem do tema, a participante Helena destacou a importância de localizar a autonomia, afirmando que

[...] chegar à conclusão de que eu precisava de um tratamento e que sozinha não dou conta de tudo. Isso é a maior virtude que eu acho que uma mulher empoderada, uma paciente pode fazer, dizer que eu não dou conta de tudo sozinha. Por mais que você tenha autonomia da sua vida, você chegar admitir que você não dá conta de tudo é uma das grandes virtudes também (Helena, comunicação pessoal, agosto 23, 2023).

Mesmo após a alta das usuárias dos serviços que estão realizando tratamento, a comunidade que as circunvizinha coloca nelas estigmas e estereótipos baseados em constructos históricos e socioculturais que as inferiorizam e impactam seu dia a dia e, por conseguinte, seu processo de autonomia. Cardoso (2019, p. 229) retrata que existe “um ideal preconcebido: seja de racionalidade, comportamento ou mesmo por atributos imanentes ao indivíduo, como raça, sexualidade e gênero”. Tais fatores, quando fogem desses padrões que são somados ao adoecimento mental, recaem sobre as mulheres como um estigma e estereótipo que delimita os processos de autonomia do cuidado, como o exemplo dado pelas participantes:

Eu acredito que a sociedade, se ela já é uma sociedade, principalmente aqui na cultura do Brasil. [...] eles fazem assim: “Ah não, todos que estão ali no hospício, eles são loucos”. Então você não deve escutar certos tipos de pessoas. Se você sair e ganhar sua alta, as pessoas vão: “ah eu não vou acreditar em você porque você é uma louca, você é nada.” [...] eu acredito nesse tipo de preconceito da sociedade (Maria, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

Tem pessoas que acham que porque você tá num Hospital Psiquiátrico que elas podem fazer qualquer coisa com você e não é assim não (Beatriz, comunicação pessoal, agosto 23, 2023).

A interseccionalidade entre raça, gênero e classe que existe na realidade dessas mulheres impacta também seus cotidianos, quando são oprimidas não só pelo estigma da doença mental e os estereótipos sobre o gênero, mas são impactadas pelas dimensões econômicas e políticas do ser mulher de uma classe social baixa e também por ser mulher negra. Collins (2019, p. 9) aponta que algumas mulheres precisam “[...] lidar com as experiências vividas em meio a opressões interseccionais de raça, classe, gênero, sexualidade, etnia, nação e religião”. Esses fatores trazem limitações em seus cuidados em saúde, sua rotina, autonomia e podem acarretar também a intensificação do adoecimento mental.

Entre os diálogos suscitados na discussão, o tratamento e as medicações de algumas mulheres foram definidos pela participante Melissa (comunicação pessoal, agosto 23, 2023) como: “O bom-dia nosso começa com medicação, depois disso, depois aquilo”. Depois, as demais participantes concordam e fazem o cumprimento como parte de suas realidades como usuárias de serviços de saúde mental, em que, frequentemente, são primeiro medicadas para depois serem consideradas suas singularidades. Nessas circunstâncias, associa-se o uso das medicações como um processo de aumentar a produtividade de mulheres que estavam internadas e/ou reduziram seus afazeres por estarem sobrecarregadas. Pode-se destacar que era e ainda é recorrente a associação de medicalização e tratamento de depressão e ansiedade como sintomatologias femininas, desconsiderando as questões sociais e relações familiares, sendo a própria velhice das mulheres em diversos casos associada a fragilidade emocional (Andrade, 2014).

A autonomia das mulheres é ainda uma importante ação para construção e desenvolvimento de seus cotidianos e aparece como um dos pontos centrais durante a discussão do grupo focal da pesquisa, visto que a autonomia das usuárias, dentro e fora dos serviços de saúde, é um dos principais fatores para o cuidado da saúde mental. É de suma atenção que a autonomia e o cuidado à saúde considerem o contexto sociocultural, que engloba as diversas nuances de ser mulher em um ambiente social baseado em papéis de gênero, raça e

classe, somado aos estigmas postos a quem está em adoecimento mental.

Nesse mesmo sentido, os serviços e profissionais de saúde têm um papel fundamental para agregar, estimulando que as usuárias tenham sua própria liberdade de escolha, possam discutir sobre o melhor tratamento, consigam fazer seus afazeres de trabalho e cotidiano pessoal, sem que os estigmas e estereótipos as limitem. É significativo que os sujeitos que estão em tratamento possam conhecer sobre seu quadro de saúde e serem corresponsáveis sobre ele, para que os profissionais não estejam no lugar de supremacia sobre o outro e que garantam que essas usuárias se sintam seguras enquanto estão nesse lugar de adoecimento (Paiva & Pinto, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mulheres e homens em processo de adoecimento mental têm sido excluídos e marginalizados ao longo da construção sociocultural. Quanto às mulheres que estão em algum sofrimento mental, os estigmas e estereótipos podem ser intensificados, uma vez que a sociedade é marcada por um sistema patriarcal, classista e racista. Pessoas do sexo feminino são silenciadas e deslegitimadas constantemente em seus cotidianos, o que é abordado em diversos momentos pelas participantes da pesquisa e vai de encontro a suas realidades.

Durante a própria construção da pesquisa, esbarramos nas vulnerabilidades encontradas pelas nuances do sistema cultural imposto às mulheres em adoecimento mental. No momento que pacientes foram abordadas e questionadas se gostariam de participar da discussão com o grupo, algumas delas relataram não se sentirem confortáveis com a temática das limitações colocadas sobre seu gênero e seu adoecimento mental, afirmando que esses assuntos lhes causavam gatilhos para o sofrimento mental. Nota-se como a estrutura social é permeada e atravessada de forma acentuada com violências que afetam a vida e saúde de muitas mulheres.

As usuárias que aceitaram participar da pesquisa relataram como os estigmas do seu adoecimento mental e a desigualdade de

gênero impactam sua vida e conseqüentemente o seu tratamento, constatando que são cobradas excessivamente por familiares, vizinhos e até mesmo nos serviços de saúde que utilizam. Compreende-se que estes fatores influenciam o processo de autonomia dessas mulheres, visto que elas se recusam a buscar alterações que desejam na sua vida por serem colocadas em lugares que limitam sua liberdade.

Muitos desses cenários são relacionados à própria intensificação do sofrimento com o adoecimento mental, pois pessoas do círculo social dessas mulheres se afastam e as julgam seguindo estereótipos e estigmas. Toda a sociedade aponta questões que inferiorizam e impossibilitam que essas mulheres ocupem os lugares de trabalho, lazer, saúde e cultura que lhe são seus por direito.



Nesse sentido, a pesquisa contribuiu para a reflexão e possíveis mudanças que devem ser realizadas nos serviços de saúde e nos meios socioculturais de vivência de mulheres que estão em adoecimento mental. É importante que seja implantada uma escuta mais qualificada e ampliada pelas equipes de saúde e assistência, invocando também a presença dos familiares e pessoas do convívio das pacientes nas atividades dos serviços, para que assim possam ser agregados debates que incentivem a reinserção das usuárias na sociedade. As políticas públicas precisam ser ampliadas para o acesso integral a serviços de saúde, assistência, cultura, trabalho para, assim, favorecer a consolidação da autonomia e liberdade das mulheres nos mais diversos âmbitos sociais.

Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Editora Fiocruz.
- Andrade, A. (2014). (Entre)laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. In: Zanello, V.; Andrade, A. (Org). *Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. (pp. 41-58). Appris.
- Ayres, J. R. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência saúde coletiva*. 6(1), 63-72. Doi: 10.1590/S1413-81232001000100005.
- Cardoso, C. C. (2019). Estigmas de gênero nos corpos do Hospital Juquery. *Mosaico*. 10 (17), 227-244. <https://doi.org/10.12660/rm.v11n17.2019.80287>
- Collins, P. H. (2019). *Pensamento Feminista Negro*. Boitempo.
- Engel, M. (2000). Psiquiatria e feminilidade. In: Priore, M. (Org.). *História das Mulheres no Brasil*. (pp. 270 -322). Contexto.
- Faria, N. (2019). *Violência de gênero e saúde mental: reflexões a partir de um estudo de caso* [Trabalho de Conclusão de Residência, Universidade Federal de Juiz de Fora].
- Fortes, H. (2010). Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira Saúde materno infantil*. 10(1), 321-330. Doi: 10.1590/S1519-38292010000600009.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ªed. Rio de Janeiro: LTC.
- Gondim, S. (2003). *Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos*. *Paidéia*, 12(24), 149-161. Doi: 10.1590/S0103-863X2002000300004
- Mendonça, S. (2019). Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. *Bioética*. 27(1), 46-52. Doi: 10.1590/1983-80422019271285
- Minayo, C. (1994). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Vozes.

- Nascimento, L., Leão, A. (2019). Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *Hist. Cienc. Saúde Manguinhos*. 26(1), 103-121. Doi: 10.1590/S0104-59702019000100007
- Nunes, M., Torrenté, M. (2009). Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Saúde Pública*. 43(1), 101-108. Doi: 10.1590/S0034-89102009000800015
- Pereira, M. O. (2020). *Mulheres e loucura: narrativas de resistência*. [autografia].
- Pinto, V. Paiva, F. (2021). “Ah, com certeza iam me dá alta, né...”. *Autonomia no processo de cuidado em saúde de sujeitos hospitalizados*. *Physis*, 31(3), 1-20. Doi: 10.1590/S0103-73312021310315
- Saffioti, H. (1969). *A mulher na sociedade de classes*. Mito e Realidade. Quatro Artes.
- Saffioti, H. (2009). *Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres*. FLACSO – Brasil.
- Santos, A. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Revista Opinião*, 14(4), 1177-1182. Doi: 10.1590/S1413-81232009000400023
- Santos, F. (2012). *Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin*. *Reveduc*. 6(1), 383-387. Doi: 10.14244/%19827199291
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. 20(2), 71-99. Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf
- Silva, E., Pereira, A., Penna, L. (2018). Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. *Cadernos de Saúde Pública*. 34(5), 1-10. Doi: 10.1590/0102-311X00110317
- Soares, J., Camargo, K. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 65-78. Doi: 10.1590/S1414-32832007000100007
- Souza, C. V. L. (2021). *Tristes, loucas ou más: História de Vida de Mulheres em Sofrimento Mental* [Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Integração Latino-Americana]. Recuperado em 16 de junho de 2025 de <https://dspace.unila.edu.br/bitstreams/c1dc69ea-995f-4a00-95e1-fa5044f28e62/download>
- Toledo, C. (2001). *Mulheres: O gênero nos une, a classe nos divide*. São Paulo: Xamã.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Appris.
- Zanello, V., Muller, A. P. (2014). *Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Appris.

Linhas-Guias De Saúde Mental: Descrição E Análise Das Publicações Brasileiras

Larissa Correa Portezan¹ , Luís Felipe Ferro² 

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná.

Resumo: O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira proporcionou o fortalecimento e a pressão política necessários para a criação de leis que consolidaram a implementação de tratamentos dignos com autonomia e inclusão social das pessoas com transtornos mentais. O arcabouço legal, complementado por diversas portarias e decretos, instituiu e definiu padrões e organizações para os serviços de saúde mental, porém a prática e os fluxos dos equipamentos da rede de atenção psicossocial estão em constante construção. É por esse motivo que são produzidos outros documentos, para além da compilação de leis, que descrevem e direcionam a estruturação das propostas de trabalho e serviços disponibilizados, que são protocolos, linhas de cuidado ou linhas-guias (LG). Este artigo apresenta os resultados da análise das Linhas-Guia de Saúde Mental em relação a sua forma, temas, referências utilizadas e autores. Foram encontrados oito documentos publicados e acessíveis; cinco são municipais e três são estaduais. Com base na análise dos documentos é possível inferir que os oitos apresentam características de linhas-guias: trazem como pauta a temática de saúde mental e apresentam protocolos de manejo e fluxos baseados em conteúdo científicos. Analisar as LG ressalta o quanto o tema é complexo e o gerenciamento da prática se apresenta como ações psicossociais ou para tratamentos mais biologicistas. Em ambos os polos há um posicionamento ético e político em relação ao cuidado e, também, em relação ao sujeito que está adoecido. Ter documentos que norteiam, direcionam e apresentam os fluxos de atendimento da cidade pode ser um grande indicativo de como são a gestão e o planejamento de políticas públicas de ações. Frente a isso, faz-se necessária uma análise mais ampla que possa trazer reflexões mais detalhadas sobre o conteúdo e, se possível, sobre a aplicabilidade e funcionabilidade na prática dos conceitos definidos em linhas-guias e linhas de cuidado.

Palavras-chaves: Linha-Guia; Saúde Mental; Atenção Psicossocial

Mental Health Guidelines: Description And Analysis Of Brazilian Publications

Abstract: The Brazilian Psychiatric Reform movement provided the necessary political strength and pressure to create laws that consolidated the implementation of dignified treatments with autonomy and social inclusion for people with mental disorders. The legal framework, complemented by several ordinances and decrees, instituted and defined standards and organizations for mental health services, however the practice and equipment flow of the psychosocial care network are under constant construction. It is for this reason that other documents are produced, in addition to the compilation of laws, which describe and direct the structure of work proposals and services available. These may be protocols, lines of care

¹ Psicóloga da Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais-PR, Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR, Brasil. *Email:* larissaportezan@hotmail.com. *Orcid:* <https://orcid.org/0000-0002-2340-5743>

² Doutor pelo Departamento de Psicologia Social e do Trabalho da Universidade de São Paulo (USP), Graduado em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo. Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR, Brasil.

or guidelines (LG). This article presents the results of the analysis of the Mental Health Guidelines in relation to their form, themes, references used and authors. Eight published and accessible documents were found; five are municipal, three are state. From the analysis of the documents, it is possible to infer that the eight present characteristics of guidelines: they bring the topic of mental health as an agenda, they present management protocols and flows based on scientific content. Analyzing LG highlights how complex the topic is and how practice management presents itself as psychosocial actions or more biological treatments. At both poles there is an ethical and political position in relation to care and also in relation to the subject who is ill. Having documents that guide, direct and present the city's service flows can be a great indication of how public policy actions are managed and planned. In view of this, a broader analysis is necessary that can bring more detailed reflections on the content and, if possible, on the applicability and functionality in practice of the concepts defined in guidelines and lines of care.

Keywords; Guideline; Mental health; Psychosocial Care Network

INTRODUÇÃO

A história da loucura é complexa, tanto quanto às diversas definições que recebeu ao longo dos tempos quanto às concepções de tratamentos possíveis e ofertados. No decorrer da história, conforme apareceram novos interesses, conhecimentos e teorias sobre a loucura, novas formas de intervenções foram sendo acumuladas e novos tratamentos para os transtornos mentais foram estabelecidos. Todas essas mudanças causam impactos na sociedade e, conseqüentemente, na formulação de legislações, na criação e no funcionamento dos equipamentos disponibilizados para o cuidado à saúde (Amado, 2017; Amarante, 2021; Silva, 2018).

O contexto da atenção à saúde mental no Brasil é atravessado pela Reforma Psiquiátrica, que se mantém como um movimento que originou todo um conjunto de representações a respeito da figura do louco e motivou um repensar das ações e do papel do profissional de saúde, bem como das legislações que regulamentam os serviços ofertados (Amado, 2017; Amarante, 2021). A trajetória do movimento da Reforma Psiquiátrica converge com as transformações que ocorriam na ciência e na

sociedade em relação aos tratamentos ofertados às pessoas ditas alienadas, juntamente com as mudanças que ocorriam em território brasileiro com as mobilizações sociais que possibilitaram a nova constituição. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) – que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” – de 1990, é o marco legal que viabiliza a saúde como direito da população e dever do Estado (Amado, 2017; Amarante, 2007, 2021; Maciel, 2012).

Este cenário ajudou a consolidar e ampliar a reflexão sobre o cuidado em saúde mental, corroborando engajamentos para o fechamento dos hospitais manicomiais e ressaltando o tratamento pautado numa abordagem psicossocial, com foco na desinstitucionalização e na reinserção social (Amarante, 2007; Amarante & Lancetti, 2006; Maciel, 2012). O movimento da Reforma Psiquiátrica proporcionou o fortalecimento e a pressão política necessários para a criação de leis que consolidaram a implementação de tratamentos com dignidade, autonomia e inclusão social das pessoas com transtornos mentais (Amarante, 2007; Amarante & Lancetti, 2006; Dias, 2018).

A Lei 10.216, promulgada em 2001, demarcou a reconfiguração dos serviços de saúde mental ao dispor sobre a garantia de direitos e proteção às pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial para o cuidado em liberdade, voltado à reinserção familiar, ao trabalho e à comunidade. Depois da promulgação dessa lei, outros decretos e portarias foram promulgados, para instituir e regulamentar os serviços ofertados ao tratamento das pessoas com transtornos mentais. (Amarante, 2008, 2021; Brasil, 2005). A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde, instituiu o cuidado em rede, reorganizando o financiamento dos serviços de saúde, ampliando e articulando o cuidado para as pessoas com sofrimento mental nos diversos níveis de atenção à saúde (Brasil, 2011; Dias, 2018).

O arcabouço legal, complementado por diversas portarias e decretos, instituiu e definiu padrões e organizações para os serviços de saúde mental no Brasil. Apesar das legislações, a prática

e os fluxos dos equipamentos da rede de atenção psicossocial estão em constante construção. É por esse motivo que são produzidos outros documentos, para além da compilação de leis, que descrevem o direcionamento e a estruturação das propostas de trabalho e serviços disponibilizados (Mendes, 2011; Werneck, Faria & Campos, 2009). Tais documentos são importantes para a organização e o planejamento dos serviços de saúde e podem ser estruturados na forma de Linhas de Cuidado, Linhas-Guias ou como Protocolos. O acesso a esses documentos possibilita a aproximação do profissional de saúde com a estrutura e os recursos disponibilizados ao tratamento e facilita a tomada de decisão mais adequada frente à situação atendida (Mendes & Bittar, 2014; Werneck, Faria & Campos, 2009).

Os documentos, para além dos compilados de legislação, são produzidos, geralmente, por profissionais de saúde e publicados pela gestão estadual ou municipal. Esses tipos de documentos objetivam apoiar a prática e o cotidiano do trabalho. As diferenças entre as modalidades são sutis e ainda causam divergências quanto à sua nomenclatura; porém, pela intencionalidade de serem mais abrangentes que protocolos e não se limitarem às demandas específicas, como nas linhas de cuidado, a Linha-Guia se constrói como um documento que se desenvolve acerca de um tema e contém informações sobre como esse tema é definido, direcionado e tratado em toda a rede de cuidado, no território de abrangência (Cerqueira, 2017; Mendes & Bittar, 2014; Werneck, Faria & Campos, 2009).

Frente a esse movimento, da necessidade de se produzirem documentos de orientação, é que se desenvolve esta pesquisa, tendo como objetivo fazer a apresentação, descrição e análise dos materiais que direcionam os equipamentos e os processos de trabalho em saúde mental, mais especificamente os documentos brasileiros, editados e publicados como Linhas-Guia de Saúde Mental. Portanto, este artigo apresenta os resultados preliminares de um estudo descritivo e analítico das Linhas-Guia de Saúde Mental em relação à sua forma, temas, referências utilizadas e autores. A seguir são apresentadas a metodologia, uma breve retomada sobre o impacto e as contribuições da Reforma Psiquiátrica Brasileira nas legislações subsequentes, bem como a definição

dos diferentes tipos de documentos e suas utilizações. Os resultados encontrados são apresentados na forma de descrição do conteúdo de cada documento, e a discussão se desenvolve sobre os tópicos que se destacam em cada um dos documentos encontrados, finalizando com as considerações finais.

Breve história da saúde mental pós-reforma psiquiátrica

A concepção de loucura, juntamente com o lugar do louco na sociedade, foram se reestruturando com base em questionamentos sobre o modo de pensar típico da Psiquiatria tradicional, que estava alicerçado num conjunto de premissas organicistas e de ação manicomial. Foi somente após os questionamentos sobre suas dimensões “epistemológica”, “antropológica”, “política” e de “tratamento”, que suas ações e intervenções foram revisadas e mudadas (Laing & Cooper, 1976). Esses questionamentos sobre a construção dos saberes, a noção de loucura, a segregação imposta, a alienação do sujeito e o uso indiscriminado de fármacos ou de intervenções não efetivas incentivaram o surgimento de novas possibilidades para as formas de tratamentos e de compreensão com relação ao sofrimento mental e, conseqüentemente, o repensar sobre quem é a pessoa que sofre e como proporcionar o cuidado (Amarante, 2008; Amarante & Lancetti, 2006).

Foi após denúncias sobre as condições inadequadas dos tratamentos ofertados aos pacientes reclusos em manicômios que diversos trabalhadores da saúde, famílias, usuários e organizações comunitárias iniciaram mobilizações para instigar, com amplos debates, a opinião pública e os atores políticos para que transformações ocorressem. E foi nesse cenário de desvelamento dos maus tratos e da precariedade e desassistência dos manicômios que se iniciou a luta pelo fim das instituições psiquiátricas manicomiais e pela reconfiguração do tratamento das pessoas com transtornos mentais (Colvera & Machado, 2000; Maciel, 2012). A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é um processo em andamento, estimulada pelas mudanças que estavam repercutindo, em diversas partes do mundo, sobre as condições e os tratamentos ofertados às pessoas ditas loucas e alienadas. No Brasil, esses acontecimentos encontram ressonância junto

aos profissionais da saúde mental e na mobilização social de usuários e familiares (Amarante, 2021; Amarante & Lancetti, 2006).

As ações do movimento fizeram reverberar os conceitos da abordagem psicossocial, que se opõem ao modelo biomédico, tais como: a desinstitucionalização, que busca formas de tratamento fora dos hospitais de maneira inclusiva e comunitária; e o fechamento dos manicômios, para que o tratamento de saúde mental seja feito de maneira integrada e humanitária (Colvera & Machado, 2000; Maciel, 2012). A RPB é um processo dinâmico, que mobiliza e abrange estratégias e atores diversos, está para além de propor tratamento humanitário e técnico à pessoa com sofrimento mental, e propõe que o louco tenha um novo lugar na sociedade (Amarante, 2021; Amarante & Lancetti, 2006; Dias, 2017). Amarante (2021) descreve a RPB como um processo social complexo, com quatro dimensões que se intercomunicam simultaneamente: a dimensão epistemológica, que se refere à produção de novos saberes interdisciplinares, questiona o saber psiquiátrico e propõe novos conceitos a respeito da loucura; a dimensão técnico-assistencial, que reformula os serviços e as estruturas de cuidado oferecidas; a dimensão jurídico-política, que preconiza ações de empoderamento do louco como cidadão de direito para exercício de sua cidadania; e a dimensão sociocultural, que atua para desconstruir o conceito enraizado de que o louco é perigoso, e por isso deve ser afastado da sociedade (Amarante, 2021; Amarante & Lancetti, 2006; Dias, 2017).

É nesse contexto, de entrelaçamento dessas quatro dimensões, que os que eram considerados alienados e pacientes psiquiátricos encontram o cenário para que se tornem sujeitos capazes de conquistar e manter sua autonomia, para receber a oferta de cuidado inseridos na sociedade e partilhando da vida social e comunitária. A noção do cuidado psicossocial é baseada na oferta de tratamento pautada na integralidade da pessoa e considerando suas relações com e no mundo (Amarante, 2021; Dias, 2017). As mobilizações, juntamente com os demais movimentos sociais e democráticos que aconteciam no Brasil, proporcionaram ações potentes de transformações sociais e o aumento da pressão para a criação e regulamentação de serviços de atendimento mais humanitários para as pessoas

com sofrimento mental. Serviços esses voltados a garantir que essas pessoas tenham o direito de receber tratamento em seu território, em sua comunidade, próximo à sua moradia e à sua família; além de disponibilizar e garantir, na forma da lei, o direito de utilizar, na integralidade, os serviços de todos os níveis de complexidade, desde a Atenção Primária à Saúde até os Serviços Especializados (Amarante, 2021; Amarante & Lancetti, 2006).

O processo da RPB não tem uma data fixa de início, mas converge com a redemocratização nacional e a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976. Desde então várias ações, pesquisadores e profissionais de saúde protagonizaram mudanças e criaram novos equipamentos de saúde. Porém, foi no ano de 2001 que a Lei 10.216 marcou significativamente esse processo, quando dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e estabeleceu os princípios, as diretrizes e as regras para a organização da assistência em saúde mental no Brasil, promovendo a desospitalização, a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de uma rede de serviços substitutivos em saúde mental (Amarante, 2021; Brasil, 2001).

Com base em diferentes experiências nacionais que foram, paulatinamente, estruturando propostas de cuidado comunitário, a atual rede de cuidados em saúde mental foi instituída em 2011 com a Portaria 3.088 do Ministério da Saúde, incorporada pela Portaria de Consolidação 03/2017, que dispõe da criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS permitiu a ampliação e a articulação entre diferentes pontos de atenção à pessoa com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no SUS, reforçando o modelo de assistência psicossocial (Brasil, 2011; 2017).

Em sua estrutura, a RAPS formalizou e definiu os pontos de atenção à saúde mental, tanto na Atenção Primária à Saúde (APS) quanto nas atenções especializadas com os serviços substitutivos ao modelo manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Acolhimento (UA), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura, entre outros (Brasil, 2005; 2004, 2017). A promulgação de leis, decretos e portarias ajuda no

direcionamento e nos investimentos de recursos que os estados e municípios vão gerenciar para implementação dos equipamentos e da rede de cuidado. Vale ressaltar que, pela diversidade do território brasileiro e de diferentes condições nas gestões de recursos, cada estado e município mantém sua autonomia para implantação e gerenciamento da RAPS. Frente a essa informação, bem como à diversidade de formações de profissionais que atuam diretamente no SUS, fazem-se necessários outros recursos de direcionamento para a prática e atuação.

Gestão da clínica e o que diferencia os documentos

Os reflexos gerados por múltiplos encaminhamentos e ofertas de tratamento não adequadas geram consequências, tanto para quem está em sofrimento quanto para a gestão do serviço. Tal problema pode gerar risco de agravamento dos transtornos com piora de sintomas, aumento do sofrimento e redução de prognóstico favorável. Para o equipamento e profissionais de saúde pode haver a quebra de vínculos de cuidados, descredibilidade do serviço de saúde pública e, conseqüentemente, aumento dos custos gerais do sistema, com altos gastos e baixa efetividade (Cerqueira, 2017; Mendes & Bittar, 2014).

Ressalta-se que tal problemática das decisões tomadas por profissionais frente às ofertas de cuidado para tratamento de saúde não é exclusividade das ações em saúde mental. Como ferramenta para orientar os processos de trabalho, são editados e publicados diferentes documentos oficiais voltados a propor fluxos para os serviços e para seus profissionais. As formas usuais desses documentos, no campo da saúde, são os protocolos, as linhas de cuidado e as linhas-guia, que podem ser produzidas para um diagnóstico específico, serviço ou fase do desenvolvimento da vida (Brasil, 2019; Werneck, Faria & Campos, 2009). Esses materiais, de modo geral, são produzidos para apresentar as normativas e diretrizes, sistematizando as leis e os decretos que regulamentam os serviços de saúde; e apresentar as formas mais eficazes de tratamento conforme literatura científica, com as complexidades, os problemas e a prevalência

de saúde. Têm os objetivos de explicar, compilar e orientar os processos de trabalho. (Cerqueira, 2017; Mendes & Bittar, 2014; Silva, 2018).

Na busca por estabelecer as diferenças conceituais desses tipos de documentos, emitidos para normatização e direcionamento dos serviços oferecidos, foi constatada a escassez de literatura sobre o tema. A mais consistente é a de Werneck, Faria & Campos (2009), que sistematizaram e compilaram informações para definir, diferenciar e ressaltar sua utilização (Quadro 1).

QUADRO 1

Definições dos documentos

Documentos	Definições
Linhas de cuidado	Sistematizam a integralidade das ações e organizam a rede de serviços de saúde <u>em referência ao usuário enquanto indivíduo</u> que apresenta sua demanda, suas histórias e relações. Pretendem a não fragmentação do cuidado, e consideram que o problema do usuário é de responsabilidade de toda a equipe de saúde. Apresentam fluxos interligados e contínuos, organizados para <u>responder às demandas do usuário</u> .
Linhas-guias	Apresentam a organização da rede de atenção à saúde de uma determinada temática (<i>p.ex.</i> : atenção à mulher, às doenças vasculares, à saúde mental, dentre outros). Descrevem, padronizam, direcionam, integram os fluxos dos pontos das redes da atenção primária, secundária e terciária. São mais amplas que protocolos clínicos.
Protocolos	Podem ser divididos em protocolos clínicos : instrumentos de direcionamento voltados para ações clínicas; desenvolvidos para auxiliar no manejo de um problema de saúde. protocolos de organização dos serviços : instrumentos que servem à gestão dos serviços, descrevem a organização do trabalho, fluxos, sistema de informações e comunicações. São baseados em informações científicas, desenvolvidos para reduzir as variações da prática clínica e na melhor gestão de recursos para resolubilidade.

Fonte: Elaborado pelos autores, segundo informações de Werneck, Faria & Campos (2009).

A elaboração desses materiais visa, como objetivo comum a todos, sistematizar e organizar as ações e os fluxos de trabalho, tornando esses documentos estratégias para o processo de planejamento, implementação, execução e avaliação das ações do processo de trabalho em rede de saúde, para ampliar a qualidade dos atendimentos e serviços prestados (Werneck, Faria & Campos, 2009). O que diferencia os tipos de documento são os pontos de destaque do material, ou seja: as linhas de cuidado focam no trajeto do usuário, com uma demanda específica de cuidado, pela rede; os protocolos são instrumentos que descrevem ações clínicas ou de gestão de serviço; as linhas-guias podem abarcar diferentes protocolos, com o foco em um tema específico de saúde, e em seus equipamentos e fluxos disponibilizados para atendimento.

As diferenças são sutis e, algumas vezes, os nomes são usados como sinônimos. Ressalta-se que a denominação linha-guia se refere ao material sobre um tema, e é mais ampla que um protocolo. Portanto, quando o documento aborda o assunto saúde mental, nos mais diversos ciclos de vida, na amplitude dos diagnósticos, tratamentos e equipamentos de saúde, é mais coerente classificá-lo como linha-guia, em vez de utilizar outras denominações mais limitantes.

MÉTODO UTILIZADO

A pesquisa realizada tem caráter qualitativo que, segundo Minayo (1994), visa responder a questões que não são reduzidas somente a dados estatísticos, mas que apresentam particularidades, significados, crenças e valores que possibilitem compreender e explicar as dinâmicas das relações humanas na sociedade. Na pesquisa de natureza qualitativa, os dados são analisados de maneira a produzir uma sequência de ações estruturadas, que envolvem a descrição, sua categorização, bem como sua interpretação (Gil, 2002; Sampiere, Collado & Lucio, 2013).

Como o objeto de estudo desta pesquisa está definido como as produções escritas de Linhas-Guias de Saúde Mental nacionais, a técnica para sistematizar a busca e categorizar os dados utilizados foi a pesquisa documental. Na pesquisa documental, o pesquisador utiliza documentos que não tiveram nenhum outro

tratamento analítico anterior, com o objetivo de extrair informações para a compreensão e análise. De forma geral, documentos como fonte de pesquisa não são restritos somente aos escritos ou aos que foram impressos: podem ser todas as formas de registro, tais como filmes, fotografias, pinturas, pôsteres, entre outros. Para esta pesquisa, no entanto, foram utilizados apenas documentos escritos e disponibilizados na íntegra e *online* (Sá-Silva et al., 2009).

O documento utilizado para essa pesquisa é uma fonte primária, escrita, de caráter público, que está arquivado e acessível para consulta. Trata-se de documento emitido por departamentos de serviço público e disponibilizado para pesquisa *online*. Segundo Cellard (2012), todo documento utilizado para pesquisa deve ser, primeiramente, avaliado para garantir se atende aos critérios do objeto de pesquisa a ser analisado conforme objetivos da pesquisa. A análise preliminar consiste em cinco dimensões a serem avaliadas: contexto; autores; autenticidade e a confiabilidade do texto; natureza do texto; conceitos-chaves e lógica interna do texto. Para facilitar a visualização das definições sobre cada dimensão, segue o Quadro 2

QUADRO 2

CINCO DIMENSÕES PRELIMINARES

Dimensão	Característica
Contexto	Avaliar e contextualizar as condições históricas no momento da produção do documento, além da conjuntura socioeconômico-cultural e política vigentes.
Autores	Identificar os autores do documento para reconhecer os interesses e os motivos que embasaram a escrita.
Autenticidade e confiabilidade do texto	Verificar a procedência do documento, para que seja possível assegurar a qualidade da informação transmitida.
Natureza do texto	Avaliar em que contexto o texto foi redigido pelo autor, e quais os subentendidos e motivos nos quais se baseou a estrutura apresentada.
Conceitos-chave e lógica interna do texto	Identificar o sentido das palavras ou expressões contidas no documento, referenciado pelo autor e conjuntura da escrita. É importante identificar a lógica interna, o esquema ou o plano do texto para a contextualização dos documentos.

Fonte: Elaborado pelos autores, segundo Cellard (2012).

A busca aos documentos analisados foi realizada entre os meses de junho e julho de 2023. Como se trata de materiais emitidos por secretarias ou departamentos governamentais, e não de documentos de caráter científico, a busca foi realizada em uma plataforma ampla de dados. A escolha da plataforma Google deu-se por conveniência. Como palavras-chave no buscador utilizou-se o termo “linha-guia de saúde mental”, primeiramente escrito com hífen; em seguida, o termo “linha guia de saúde mental” sem hífen. Nas duas formas foram mantidas as aspas, para que o buscador reconhecesse todas as palavras ao mesmo tempo. Foram abertos os *sites* na ordem em que se apresentaram, conferindo se apresentavam a publicação do documento da linha-guia na íntegra; os *sites* foram abertos até que não apresentassem novas publicações.

Nesta etapa, foram encontrados cinco documentos acessíveis a leitura. Desses documentos, quatro continham o termo “linha-guia” (com ou sem hífen) na capa, como título da obra; um apresentava o título “atenção em saúde mental”, mas no texto se definia como linha-guia. Em seguida, para aumentar a chance de encontrar outros documentos, estaduais ou municipais, para a saúde mental, foi feita a busca com o termo “linha de cuidado em saúde mental” e foram encontrados três outros documentos na íntegra.

Os documentos encontrados foram pré-analisados segundo as cinco dimensões expostas no Quadro 2. Após a análise preliminar, que autenticou que o material estaria coerente com o objeto de pesquisa, os documentos foram baixados e organizados em um quadro (tabela da Microsoft Word®), de acordo com endereço da extração, título da obra, abrangência (se o documento é municipal ou estadual), ano de publicação, edição e objetivo definidos no texto. Essa tabela foi editada para a apresentação dos resultados obtidos. Após a seleção dos documentos, eles foram ordenados e as obras estão a seguir apresentadas, uma por uma, com uma breve síntese de seu conteúdo.

RESULTADOS OBTIDOS

Foram encontrados, ao todo, oito documentos publicados e acessíveis; dentre os quais cinco são publicações municipais e três são publicações estaduais (Quadro 3).

QUADRO 3

DOCUMENTOS ENCONTRADOS

continua

Palavra de Busca	Abreviação	Título da obra	Site	SMS/SES	Ano
Linha-Guia de Saúde Mental	LG-BH	Atenção em Saúde Mental Saúde em casa	https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf	Minas Gerais	2006
Linha-Guia de Saúde Mental	LG-PR	Linha-Guia de Atenção à Saúde Mental	http://www.conims.com.br/arquivo_usu/documentos/alterados/sgsites-huner-20180205-103120.pdf	Paraná	2014
Linha-Guia de Saúde Mental	LG-CTBA	Linha-Guia de Saúde Mental	https://www.defensoriapublica.pr.def.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2023-03/linha_guia_saude_mental_sms_curitiba.pr_copiar.pdf	Curitiba	2018
Linha de Cuidado em Saúde Mental	LC-SC	Linha de Cuidado para Atenção à Saúde Mental	https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14574-anexo-deliberacao-287-2018-linha-cuidado-saude-mental/file	Santa Catarina	2019
Linha de Cuidado em Saúde Mental	LC-J	Linha de Cuidado da Saúde Mental Rede de Atenção Psicossocial	https://www.joinville.sc.gov.br/public/portaladm/pdf/jornal/3fe043f9d6cdeffe7a01d29ab4158261.pdf	Joinville	2020

QUADRO 3

DOCUMENTOS ENCONTRADOS

conclusão

Palavra de Busca	Abreviação	Título da obra	Site	SMS/SES	Ano
Linha de Cuidado em Saúde Mental	LC-S	Linha de Cuidado da Rede de Atenção Psicossocial	https://suzano.sp.gov.br/web/wp-content/uploads/2021/08/Protocolo-Geral-RAPS-final.pdf	Suzano	2021
Linha-Guia de Saúde Mental	LG-L	Linha-Guia de Saúde Mental do Município de Londrina	https://saude.londrina.pr.gov.br/images/DAPS/LINHAGUIA_SAUDE_MENTAL_LONDRINA_1.pdf	Londrina	2022
Linha-Guia de Saúde Mental	LG-SJP	Linha-Guia de Saúde Mental de São José dos Pinhais	https://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2023/05/LinhaGuiaSaudeMental_A4_versaoweb-1.pdf	São José dos Pinhais	2023

A seguir são apresentadas, na ordem cronológica de publicação, as sínteses de cada um dos documentos encontrados, destacando principais estruturas e assuntos específicos de cada uma das obras. Para fins de apresentação, a estrutura será organizada com a divisão subtítulos, com o nome do documento e a sigla para identificação.

Atenção em Saúde Mental Saúde em Casa (LG-BH)

A publicação mais antiga encontrada é datada de 2006, da Secretaria de Estado de Minas Gerais (Minas Gerais, 2006). Esse documento não apresenta no título o termo linha-guia, porém se apresenta ao longo do texto como tal, inclusive para descrever um dos objetivos: “esta Linha-Guia tem como objetivo maior convidar o leitor a aproximar-se do portador de sofrimento mental” (p. 19). O documento faz parte de um programa do estado de Minas Gerais chamado Saúde em Casa, iniciado em 2003, cujo objetivo é a melhoria da Atenção Primária à Saúde, que teve como base de estratégia a publicação de linhas-guias de diversos assuntos como Atenção ao Pré-natal, parto e puerpério, Atenção à Saúde da Criança, entre outros. Portanto, esse documento é identificado em sua ficha catalográfica como Atenção em Saúde Mental, e para efeito de citação ao longo do texto o identificaremos como LG-BH.

A LG-BH, publicada pela Secretaria de Estado de Minas Gerais, tem diversos autores trabalhadores da rede de saúde mental, com as mais diversas formações e atuações, e foi organizado por duas profissionais que são publicamente militantes da luta antimanicomial, sendo uma psiquiatra e outra psicóloga. Além da participação dos trabalhadores da rede de saúde mental, a LG-BH tem nas páginas iniciais mensagens de validação com enaltecimentos realizados por personalidades conhecidas no cenário da luta antimanicomial e representantes de diversas organizações de conselhos de profissão, universidades e da política.

A organização do material apresenta, em sua estrutura, a contextualização dos caminhos da saúde mental, a reforma psiquiátrica e a história de Minas Gerais; depois apresenta as definições de conceitos que permeiam e embasam as formas de cuidado à população, bem como a organização do processo de trabalho em saúde mental. No terceiro capítulo, são apresentados os serviços da RAPS; e, em seguida, outros serviços que se incorporaram à rede de atenção psicossocial. Estes capítulos não servem meramente para apresentar ou explicar os processos de trabalho, mas reforçam em seu conteúdo um posicionamento político e crítico na relação e no cuidado com pessoas com sofrimento mental enquanto protagonistas e usuários dos serviços. O quinto capítulo corrobora esse posicionamento crítico e apresenta o controle social, juntamente com demais associações como primordiais para o fortalecimento e a manutenção das conquistas da RPB. O sexto capítulo apresenta a discussão dos quadros clínicos dos sofrimentos mentais graves, ressaltando as peculiaridades que os diferenciam das doenças orgânicas, com descrição das classificações dos transtornos psiquiátricos e os elementos básicos para o diagnóstico. Em seguida, no sétimo capítulo, são apresentadas formas de abordagem

e tratamentos do sofrimento mental, descrevendo ações práticas de condução desde a primeira intervenção aos possíveis encaminhamentos, as possibilidades de fármacos, juntamente com o posicionamento do seu uso racional.

O oitavo capítulo apresenta condições específicas em saúde mental e as respectivas abordagens, incluindo o uso abusivo de álcool e outras drogas, o atendimento a crianças e adolescentes e a atenção a pessoas em sofrimento mental que cometem atos infracionais. O nono capítulo apresenta o histórico das legislações federais que embasam os serviços de saúde mental, permanecendo a conduta de não ser meramente um resumo, explicitando o posicionamento defendido pelas autoras. O penúltimo capítulo apresenta as formas e fontes de financiamento que são destinados para a saúde mental. O décimo primeiro finaliza a LG-BH, apresentando o sistema de informação e o registro de dados em saúde mental, que possibilitam a sistematização e a consulta de indicadores de saúde mental. Cada capítulo apresenta referências bibliográficas ao final.

QUADRO 4

ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL SAÚDE EM CASA (LG-BH)

Atenção em Saúde Mental Saúde em Casa (LG-BH)	
Ano	2006
Abrangência	Estadual
Autores	Apresentados – trabalhadores de RAPS – participação de gestores – personalidades conhecidas pelo engajamento na defesa da luta antimanicomial
Capítulos	11
Especificidades	Uso abusivo de álcool e outras drogas Atenção à criança e ao Adolescente Louco infrator – portador de sofrimento mental autor de ato infracional

Linha-Guia de Atenção à Saúde Mental (LG-P)

Outra Linha-Guia estadual foi publicada pela Secretaria de Saúde do Paraná em 2014 (Curitiba, 2014) e homologada pela da Sociedade Paranaense de Psiquiatria, tendo em sua apresentação a

participação do então secretário de saúde do estado e o objetivo de contribuir para a qualificação da rede de cuidado. Para citação neste texto, será apresentada como LG-PR. A LG-PR foi organizada por cinco pessoas, não constando a apresentação de suas formações e atribuições, exceto da coordenação estadual de saúde mental da época. Está estruturada em quatro capítulos, tendo o último orientações específicas de quadros diagnósticos.

O primeiro capítulo apresenta a RAPS do Paraná, bem como o planejamento da gestão estadual e mapa estratégico, além das definições dos equipamentos de saúde em forma de tabelas; também demarca o posicionamento de uma abordagem, pois mesmo apresentando as ações indicadas pelas Políticas de Saúde Mental do Ministério da Saúde, ressalta quais não são referendadas pelas Associações Brasileira e Paranaense de Psiquiatria (p. ex. redução de danos). No segundo capítulo da LG-PR, ressaltam-se as diretrizes clínicas para atenção em saúde mental na Atenção Primária, destacando que a indicação do recurso terapêutico está atrelada diretamente ao diagnóstico nosológico, e salienta-se que é do profissional de medicina a atribuição do diagnóstico. O terceiro capítulo apresenta os agrupamentos de algumas síndromes psiquiátricas e propõe as diretrizes terapêuticas. O quarto e último capítulo da LG-PR, que tem trinta e três páginas, apresenta descrição, sinais e sintomas, exames complementares recomendados, tratamento e possíveis encaminhamentos de diversos diagnósticos. Ao final, apresenta suas referências bibliográficas.

QUADRO 5

LINHA-GUIA DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL (LG-PR)

Linha-Guia de Atenção em Saúde Mental (LG-PR)	
Ano	2014
Abrangência	Estadual
Autores	Apresentados – Gestores com participação da Sociedade Paranaense de Psiquiatria
Capítulos	4
Especificidades	Subdivisões do capítulo quatro conforme síndromes psiquiátricas

Linha-Guia de Saúde Mental (LG-CTBA)

A Linha-Guia de Saúde Mental do Município de Curitiba (LG-CTBA) foi publicada em 2018, organizada por dez pessoas e teve contribuições de outros colaboradores nomeados, mas não constam a formação ou as atribuições de cada um (Curitiba, 2018). A apresentação da LG-CTBA é assinada pela secretária de saúde municipal da época, que assinala: “Estamos propondo com essa linha guia a reformulação da Política de Saúde Mental em Curitiba, integrando o cuidado focado na pessoa e nos seus familiares, além do cuidado da condição que se apresenta” (p. 7).

A LG-CTBA é dividida em cinco partes; a quinta parte tem sete grandes subdivisões e outras internas. A Parte-1 apresenta a RAPS de Curitiba, as matrizes de competência e atribuições dos pontos de atenção, com fundamentação nas leis e diretrizes. A Parte-2 define acolhimento e primeiro atendimento na APS, apresenta fluxogramas, pontua condutas e fornece instrumentos de apoio. A Parte-3 apresenta a Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM), a sua utilização e a própria ficha de estratificação. Esse instrumento foi elaborado em 2014 pela Secretaria de Saúde do Paraná e revisado, desde 2019, por diversos profissionais de saúde dos municípios que fazem uso dele. Consiste em uma ficha com diversos sinais e sintomas que podem ser identificados em situações de transtornos mentais, bem como alguns agravantes ou atenuantes sociais; a cada componente identificado, uma quantidade de pontos é atribuída. Com a somatória de pontos na avaliação feita pelo profissional de saúde, durante o atendimento, é possível identificar o risco entre baixo, médio e alto, e assim identificar as estratégias e os encaminhamentos possíveis.

A Parte-4 define os pontos da RAPS e apresenta, por texto e gravuras, os critérios de encaminhamento para os diferentes pontos da RAPS após a utilização da ferramenta de Estratificação de Risco. A Parte-5 é a mais extensa, pois apresenta as diretrizes clínicas para a APS, expondo seis grandes grupos (Transtornos Mentais Comuns; Transtornos Mentais Severos e Persistentes; Dependência de Álcool e outras Drogas; Transtornos de comportamento e transtornos emocionais

que aparecem habitualmente durante a infância e Adolescência; Alterações na Saúde Mental relacionadas a causas orgânicas que englobam os quadros de transtornos mentais; Transtornos do Desenvolvimento Intelectual – Retardo Mental). Cada um dos seis grupos tem as subdivisões de diagnósticos apresentados e descritos os sinais, sintomas e tratamentos indicados. Ao final, são apresentadas as referências utilizadas.

QUADRO 6

LINHA-GUIA DE SAÚDE MENTAL (LG-CTBA)

Linha-Guia de Saúde Mental LG-CTBA	
Ano	2018
Abrangência	Municipal
Autores	apresentados, servidores e gestores
Capítulos	7
Especificidades	Apresenta ferramentas para avaliação – Estratificação de risco Apresenta subdivisões em grupos de diagnósticos psiquiátricos

Linha de Cuidado Para Atenção à Saúde Mental (LC-SC)

No ano de 2019, o estado de Santa Catarina publicou sua Linha de Cuidado para Atenção à Saúde Mental (Santa Catarina, 2019) que foi elaborada e organizada por quatro pessoas, cujas formação e atribuições não foram apresentadas. A obra, que será citada como LC-SC, indica, em sua ficha técnica, ter sido avaliada por duas pessoas identificadas como trabalhadoras da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina.

A LC-SC está dividida em 12 capítulos, sendo o último composto pelas referências bibliográficas. No primeiro capítulo, o material apresenta uma introdução sobre a APS e a saúde mental e define seu objetivo como fornecer subsídios para a APS nas ações de prevenção de agravos, tratamento e de promoção de saúde mental, além de diretrizes para os municípios nas definições de fluxos, na organização do itinerário das pessoas dentro da RAPS. O segundo capítulo apresenta os dados epidemiológicos do estado, para embasar as ações de planejamento. O terceiro capítulo faz a definição da rede de atenção à saúde de modo geral; o quarto capítulo apresenta os novos componentes dessa rede, com

explicação das equipes multiprofissionais especializadas. O quinto capítulo descreve a competência de cada ponto da rede de atenção à saúde.

No capítulo seis, é apresentada a estratificação de risco, citando a experiência do Estado do Paraná, e, como opção de uso, os planos de cuidado após as estratificações. O sétimo capítulo traz uma ferramenta técnica baseada no manual de intervenções mhGAP³, para atenção a pessoas com transtornos mentais neurológicos por uso de álcool e outras drogas na APS. O oitavo capítulo tem como título “a gestão de comportamento suicida” apresentando as características de investigação, sugestões de condutas, com possíveis perguntas para serem feitas, além de mitos e verdades sobre o tema. O nono capítulo apresenta sugestões de intervenções complementares para que profissionais da APS possam realizar com os usuários que buscam o serviço tanto ações possíveis de serem realizadas por quaisquer profissionais, como aquelas de formações exclusivas de habilitação. O capítulo dez é específico sobre a atenção à saúde da pessoa indígena. O penúltimo capítulo apresenta, em um parágrafo, os componentes da RAPS, e deixa um link de acesso para maiores informações. O documento é finalizado pelo décimo segundo capítulo, que apresenta as referências bibliográficas.

QUADRO 7

LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL (LC-SC)

Linha de Cuidado para Atenção em Saúde Mental (LC-SC)	
Ano	2019
Abrangência	Estadual
Autores	não apresentados, somente nomeados – avaliadores são gestores
Capítulos	11
Especificidades	Apresenta ferramentas para avaliação – estratificação de risco e MI-MHGAP Gestão do comportamento suicida Atenção à saúde indígena

³ O mhGAP é um manual clínico para consulta e ordenação do cuidado em saúde mental e problemas neurológicos, com ênfase na qualificação da avaliação e no manejo dos problemas, contemplando de forma ampla as intervenções psicossociais e abordando aspectos do tratamento farmacológico de forma racional. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/978924154806>

Linha de Cuidado da Saúde Mental: Rede de Atenção Psicossocial (LC-J)

A cidade de Joinville (SC) lança, em 2020, a sua Linha de cuidado da Saúde Mental: Rede de Atenção Psicossocial (LC-J) (Joinville, 2020). A elaboração do material foi realizada por uma psicóloga e um psiquiatra, ambos com atribuições de gestores das pastas de saúde e demais profissionais de formações e atuações diversas na rede, sem especificações claras de locais de trabalho.

A LC-J é a mais extensa em número de páginas, com 403 ao total, subdivididos em 18 capítulos, além das referências e dos anexos. O primeiro capítulo apresenta uma introdução sobre o tema saúde mental, cita a reforma psiquiátrica brasileira e define o objetivo do material, sendo o de criar um guia dos diferentes serviços para uma melhor integração e assistência ao usuário. No capítulo dois, há uma definição de Linha de Cuidado que, citando a Secretaria de Estado do Paraná, a descreve como: “As Linhas de Cuidado são estratégias de estabelecimento de ‘percursos assistenciais’. É o itinerário que o usuário faz dentro de uma rede organizada de saúde (SES/PR)”. O terceiro capítulo define o que é a RAPS, conforme as diretrizes nacionais. O quarto capítulo apresenta a rede do município de Joinville, equipamentos específicos, formas de trabalho, além de definir alguns conceitos de telessaúde, matriciamento, Projeto Terapêutico Singular (PTS). No capítulo seguinte, apresenta os critérios de encaminhamento para cada um dos pontos da RAPS.

O sexto capítulo apresenta o fluxograma da RAPS municipal; o sétimo descreve a articulação com a secretaria de Assistência Social. O oitavo capítulo apresenta a avaliação clínica psiquiátrica com apontamentos de etapas da avaliação para diversas situações e contextos, assim como possíveis instrumentos. O capítulo nove define os transtornos mentais orgânicos e comorbidades clínicas, apresentando os conceitos, as formas de diagnósticos e os possíveis tratamentos e encaminhamentos das mais diversas condições clínicas.

O décimo capítulo apresenta os transtornos mentais comuns; o décimo primeiro, as emergências

psiquiátricas; o décimo segundo trata de abuso ou dependência química; o décimo terceiro apresenta as síndromes psiquiátricas; o décimo quarto apresenta os transtornos mentais na infância; o décimo quinto apresenta os transtornos alimentares; o décimo sexto trata de abuso e violência. O capítulo 17 descreve assuntos sobre sexualidade, disforia de gênero e saúde mental da população LGBTQIOAP+. O décimo oitavo trata de síndrome de *burnout*/esgotamento. Os capítulos entre o décimo e o décimo oitavo são extensos, por detalharem diversos diagnósticos e as formas de identificação, além de sugerirem propostas de cuidado e tratamento. Para finalizar a LC-J traz as referências e os anexos com fichas de registros municipais e testes citados ao longo do texto.

QUADRO 8

LINHA DE CUIDADO DA SAÚDE MENTAL: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (LC-J)

Linha de Cuidado da Saúde Mental: Rede de Atenção Psicossocial (LC-J)	
Ano	2020
Abrangência	Municipal
Autores	Apresentados quanto a formação e local de trabalho – servidores e gestores
Capítulos	18
Especificidades	Apresenta capítulos sobre articulação com a secretaria de Assistência Social Avaliação clínica e Psiquiátrica na Gestação e no Puerpério Avaliação clínica e Psiquiátrica do Idoso Cartão de Babel (Instrumento de avaliação em SM na atenção básica, para triagem de transtornos de humor, ansiosos, risco de suicídio, demência, álcool e tabaco) Transtornos mentais orgânicos e comorbidades clínicas Violência Sexualidade e disforia de gênero e saúde mental na população LGBTQIAP + Síndrome de Burnout/Esgotamento

Linha-Guia de Cuidado da Rede de Atenção Psicossocial (LC-S)

Em 2021, a Linha-Guia de Cuidado da Rede de Atenção Psicossocial de Suzano (SP) (LC-S) foi publicada como edição revisada (Suzano, 2021). Os organizadores do documento são identificados como trabalhadores e coordenadores da RAPS, além de outros colaboradores, sem especificar sua formação. Tem como objetivo expresso, “nortear o trabalho dos profissionais de saúde sobre as ações realizadas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Suzano” (p. 3). A LC-S inicia contextualizando as legislações que estruturam a RAPS, bem como a configuração do município de Suzano. O documento é dividido em treze capítulos, além das referências bibliográficas e anexos.

O capítulo 1 apresenta a saúde mental na atenção básica, com a descrição das portarias vigentes, além de definir termos como acolhimento, escuta, demanda espontânea, PTS, dentre outros, contextualizando como são e devem ser realizados pelos serviços do município, com explicações e fluxograma. O segundo capítulo discorre sobre a promoção de saúde mental na Atenção Básica, detalha ações em diversas fases da vida e do cuidado (pré-natal, infância e outros) e sugere trabalhos e intervenções em grupos, além de orientações com de ações de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

O terceiro capítulo da LC-S é sobre atenção especializada em saúde mental na Atenção Básica e descreve as ações de profissionais da psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional que atuam no próprio município, com descrições e fluxogramas. O capítulo seguinte apresenta demandas despertadas por situações de violência, emergências, catástrofes e desastres, descrevendo as referências e sugestões de condutas utilizadas no município de Suzano. O quinto capítulo é sobre atendimento psicossocial ao público trans, contextualizando referências e descrevendo o fluxo municipal. O capítulo seis é específico sobre saúde mental de crianças e adolescentes na atenção básica, sugerindo e indicando condutas e manejos. O tema do sétimo capítulo é sobre as possíveis intervenções, para o uso de álcool e outras drogas, no contexto da atenção básica, com questionários de identificação e possibilidades de tratamento.

O capítulo oito da LC-S apresenta informações sobre a psiquiatria no contexto da atenção primária, com indicativos dos diagnósticos, utilização das nomenclaturas da CID-10, além de explicação sobre o exame psiquiátrico e os medicamentos fornecidos pelo município. O nono capítulo tem a explicação sobre o que são e como funcionam os Centros de Atenção Psicossocial e o público atendido neles. O décimo capítulo trata de urgência e emergência em saúde da família. O décimo primeiro capítulo apresenta questões ligadas a reabilitação psicossocial, definição, ações e conceitos. O capítulo doze é destinado a explicações sobre a prevenção e posvenção ao suicídio com exemplificações e indicações de condutas e de encaminhamento no próprio município. O último capítulo, antes das referências e dos anexos, discorre sobre a rede intersetorial e as ações do município, com endereços e telefones de acesso. Os anexos trazem fichas de registro, fluxograma, fichas de notificação, tabelas de divisão de trabalho dos profissionais e de classificação de risco.

QUADRO 9

LINHA-GUIA DE CUIDADO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SUZANO LG-S

Linha-Guia de Cuidado da Rede de Atenção Psicossocial de Suzano LG-S	
Ano	2021
Abrangência	Municipal
Autores	Apresentados – servidores e gestores
Capítulos	13
Especificidades	Apresenta capítulos rede intersetorial Prevenção e Posvenção ao Suicídio Prevenção de Saúde mental na Atenção Básica: no Pré-Natal, no Puerpério, Criança de 0 a 6 anos Atendimento Psicossocial ao público TRANS Demandas despertadas por situações de violências, emergências, catástrofes e desastres A psiquiatria no contexto da Atenção Básica Reabilitação Psicossocial

Linha-Guia de Saúde Mental do Município de Londrina (LG-L)

A Linha-Guia de Saúde Mental do município de Londrina (PR) (LG-L) foi publicada em 2022 (Londrina, 2022). Ela nomeia os organizadores e autores, sem apresentar, contudo, função e formação; entre os colaboradores, nomeia o Grupo Técnico de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

O documento é dividido em oito capítulos, sendo o oitavo as referências utilizadas. Os capítulos de um a sete apresentam os seguintes temas, nesta ordem: Abuso de substância; Ansiedade; Psicose; Sono; Tabagismo; Transtornos alimentares; Tristeza. A LG-L não contém apresentação e introdução, nem objetivos gerais da linha-guia; apresenta em cada capítulo temático, conforme citado no parágrafo anterior, a definição, informações contidas no DSM-5⁴ e CID-10, sugestões de questionário, sugestões de testes e exames para identificação e manejo de cada um dos temas apresentados.

QUADRO 10

LINHA-GUIA DE SAÚDE MENTAL DE LONDRINA (LG-L)

Linha-Guia de Saúde Mental de Londrina (LG-L)	
Ano	2022
Abrangência	Municipal
Autores	Não apresenta organizadores e autores, apresenta os colaboradores como grupo técnico de PICS
Capítulos	7
Especificidades	Divide os capítulos por: Abuso de substâncias Ansiedade Psicose Sono Tabagismo Transtornos Alimentares Tristeza

⁴ O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.ª edição é um manual diagnóstico e estatístico feito pela Associação Americana de Psiquiatria para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais.

Linha-Guia de Saúde Mental de São José dos Pinhais (LG-SJP)

Em 2023, foi publicada a Linha-Guia de Saúde Mental de São José dos Pinhais (PR) (LG-SJP), (São José dos Pinhais, 2023), que apresenta como autores da edição profissionais da rede municipal de saúde mental, mas não especifica suas formações. Na apresentação do documento, esclarece que, este: “[...] tem como principal objetivo estabelecer os fundamentos para direcionar os processos de cuidado em saúde mental, apresentando as diretrizes de encaminhamentos na Rede de Assistência à Saúde de São José dos Pinhais” (p. 10).

A LG-SJP é dividida em sete partes, sendo a última reservada aos anexos, e a penúltima às referências. Na introdução ao documento, são contextualizados os fatores históricos e as legislações que demarcam o posicionamento de ações e políticas que coadunam com a luta antimanicomial e direcionam o alinhamento para a construção do documento.

No capítulo primeiro, são apresentadas as noções fundamentais para o cuidado em saúde mental, com a reflexão e descrição dos conceitos-chave que irão fundamentar as ações dos serviços disponíveis, tais como clínica ampliada, PTS, crise, matriciamento, dentre outros. O capítulo dois apresenta a rede de atenção à saúde mental e os níveis de complexidade para o cuidado, apresentando informações sobre suas definições formais e como funcionam, no município de São José dos Pinhais, os serviços da atenção primária, especializada, de urgência e emergência hospitalar, serviços intersetoriais e complementares.

O terceiro capítulo contém a descrição do serviço de suporte à RAPS, específico da gestão municipal. O quarto capítulo apresenta a tabela de qualificadores, que descreve alguns quadros clínicos que causam sofrimento psíquico e orienta em quais níveis de cuidado e atenção o tratamento pode ser realizado. Esse capítulo descreve e apresenta o posicionamento político sobre o fato de os serviços de saúde mental não estarem atrelados aos diagnósticos específicos. O quinto capítulo é um posicionamento sobre a não adesão à política de estratificação de risco desenvolvida pela Secretaria de Estado do Paraná. Os dois últimos capítulos são as referências e anexos,

contendo fichas de notificação, tabelas, de contatos dos equipamentos e outros materiais de suporte que são explicados ao longo do texto.

QUADRO 11

LINHA-GUIA DE SAÚDE MENTAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (LG-SJP)

Linha-Guia de Saúde Mental de São José dos Pinhais (LG-SJP)	
Ano	2023
Abrangência	Municipal
Autores	Apresenta como trabalhadores da RAPS
Capítulos	5
Especificidades	Apresenta quadros clínicos e qualificadores para apontar as complexidades e os locais de atendimento na RAPS municipal Apresenta um posicionamento contrário à política de saúde mental do Estado

DISCUSSÃO

Esses oito documentos corroboram com definições – encontradas na literatura (Cerqueira, 2017; Mendes & Bittar, 2014; Silva, 2018) – de que esses materiais, sejam protocolos, linhas de cuidado ou linhas-guia, são ferramentas de orientação no contexto da saúde e se encaixam melhor no que se compreende como Linhas-Guias, pois representam materiais escritos com compilados de informações, orientações, explicações, leis e decretos e apresentam propostas de processos de trabalho e formas de tratamento. Após a leitura dos documentos, alguns temas se mostraram mais relevantes e incitaram reflexões: quanto ao posicionamento político e autoral; por especificidades por público minoritário; e quanto à definição do documento.

Algumas publicações deixam claro o posicionamento político implicado, como a LG-BH e LG-SJP, declaradas como antimanicomiais e orientadas pela RPB; ou o deixam de forma implícita, como a LG-PR, que tem a homologação das Sociedades Brasileira e Paranaense de Psiquiatria. O posicionamento para uma clínica psicossocial e implicada com a RPB visa colocar a pessoa, o sujeito

em sofrimento psíquico para além do diagnóstico, e propõe um processo de cuidado e fluxo que se implica na complexidade biopsicossocial e de inserção no cuidado em comunidade. Outros documentos se organizam como materiais compilados para definir diagnósticos e propor condutas de trabalho e manejo que mantêm uma lógica de cuidado centrada na figura do médico que, por definição, é quem pode emitir o diagnóstico e, desse modo, se torna o condutor da proposta e do fluxo de cuidado. O tipo de posicionamento político, expresso ou não, ou o embasamento em diagnósticos nosológicos ou em diagnóstico e condutas psicossociais, resulta em criar um documento que aponta a direção para a qual será o enfoque da gestão para implicação de verbas e remanejamento de projetos e programas desenvolvidos na sua abrangência.

Um dado para ilustrar essas implicações políticas pode ser observado na LG-PR, que mantém na descrição dos fluxos de trabalho a ressalva quanto à redução de danos como uma: “Abordagem indicada pela Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, porém não referendada pela Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Paranaense de Psiquiatria” (Curitiba, 2014, p.13). O conceito de Redução de Danos (RD) vem sendo utilizado pelo Ministério da Saúde desde 1994, como uma das estratégias para a Política Nacional para o Álcool e outras Drogas (PNAD), e busca resgatar o usuário como agente social e autorregulador, mas sem a exigência imediata e automática da abstinência (Brasil, 2005). O tema de redução de danos foi apontado como um exemplo emblemático para apresentar como as linhas-guias são documentos que podem expressar o direcionamento das gestões e coordenações de saúde e com isso retirar a autonomia de alguns profissionais. Somente a LG-PR declara-se oficialmente contra a prática de redução de danos; já a LG-SC, que declara ter sido inspirada na LG-PR, esclarece e pontua a RD como uma opção inicial para a abordagem sobre o consumo de drogas, e todas as outras LG também citam a RD como opção.

Na leitura das linhas-guias, outro ponto que pode ser destacado é o fato de que alguns desses documentos acrescentam capítulos e tópicos específicos para ressaltar o atendimento à saúde

mental para populações consideradas minoritárias, em condições de vulnerabilidade social. A LC-SC é a única que apresenta um destaque à população indígena. Mesmo sem descrever com mais detalhes os fluxos e as especificidades da saúde mental para esta população, a existência desse tópico, em um documento estadual, pode ser considerada como uma significativa inclinação política de inclusão.

A LG-BH apresenta um capítulo no qual descreve a situação de vulnerabilidade histórica e social da pessoa com sofrimento mental que comete um delito. Os documentos de Joinville e Suzano, respectivamente, apresentam um capítulo sobre a população LGBT, e a LC-S inclui um capítulo especificamente sobre a população trans. Os capítulos que apresentam reflexões e apontamentos sobre as populações vulneráveis estão atrelados aos fluxos de encaminhamentos para tratamento, ou seja, apontam para uma estrutura de rede que fornece atendimento especializado para o cuidado em saúde mental. Ressalta-se que apresentar os fluxos e as estruturas diferenciadas para o atendimento a determinados públicos está em sintonia com o princípio de equidade do SUS.

Como documento elaborado para definir fluxos, sugerir condutas e ações de tratamento para a saúde mental, cada uma das linhas-guias apresenta uma estrutura própria; e os conteúdos dos documentos trazem conceitos gerais, compilados de diversas fontes e referências para embasar o processo de trabalho e agrupar informações para consulta do profissional sobre o tema, bem como peculiaridades sobre o processo e fluxo de trabalho de cada região. Com base na análise dos documentos encontrados, em suas estruturas e objetivos descritos, é possível inferir que os oito documentos apresentam características de serem linhas-guia, pois se desenvolvem em torno de uma temática – nesses casos, sobre o tema da saúde mental –, apresentam fluxos, direcionam e descrevem sobre o funcionamento da rede de forma mais ampla que um protocolo e vão além da condição de um usuário e sua demanda, como na linha de cuidado.

As definições de Linha-Guia, Linha de Cuidado e Protocolo propostas por Werneck, Faria & Campos (2009) mostram diferenças sutis, sendo a linha de

cuidado um documento que propõe a organização da rede utilizando como referência o usuário enquanto indivíduo, com uma demanda específica, e apresenta fluxos contínuos e interligados para responder a essa demanda. A linha-guia também é um documento que propõe apresentar a organização da rede, porém, em relação a um tema, não a um usuário, como também apresenta fluxos interligados entre os pontos da rede, mas com ênfase na temática específica, sendo mais amplo que protocolo. Os protocolos, se clínicos, visam direcionar ações clínicas para manejo de problemas de saúde, e se de organização dos serviços, propõem descrever a organização, fluxos, comunicações e sistemas de informação e trabalho, além de servir como instrumentos de gestão.

Com base na análise dos documentos encontrados, suas estruturas e objetivos apresentados explicitamente ou pela interpretação dos conteúdos e formas como foram apresentados, é possível inferir que os oito apresentam características de linhas-guias, pois além de trazerem como pauta a temática de saúde mental, também apresentam alguns protocolos de manejo e fluxos baseados em conteúdos científicos, como apresentados em suas referências. É válido inferir que as diferenças entre as datas de publicação da primeira linha-guia, que data de 2006, a LG-BH, para a última, encontrada no ano de 2023, a LG-SJP, representam que o tema e a necessidade de se produzir um documento oficial que ajude a sistematizar o trabalho, embase condutas, organize fluxos e processos de trabalho da RAPS ainda se faz necessária. Outro aspecto importante é que mesmo sem a apresentação completa de formação ou função, todos os documentos, de alguma forma, tiveram a participação dos profissionais de saúde como autores ou colaboradores, o que reforça a importância desses documentos oficiais para a tomada de microdecisões no cotidiano do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa traz relevantes indicativos sobre os modos como se organizam rotinas de trabalho e a construção de políticas de gestão. É fato que pesquisas sobre o impacto de documentos como uma linha-guia de saúde mental na prática

dos serviços ainda são escassas. Uma das questões importantes decorrentes dessa discussão é se o compilado de informações, descrições de fluxos e serviços que são retratados ocorrem verdadeiramente na rotina do trabalho e se funcionam como apoio ao servidor como um dos documentos para consulta. Os resultados da pesquisa levantaram pontos que suscitam novas frentes para reflexão e pesquisa, tais como: identificar se há impacto na mudança dos atendimentos à população com o uso do documento e como isso acontece nas esferas estaduais e municipais, frente às divergências entre os posicionamentos de cada ponto.


Analisar os documentos que apresentam, organizam e regulam os serviços de saúde mental no Brasil ajuda a demonstrar o quanto o tema é complexo e pode ser direcionado para reflexões mais voltadas para ações psicossociais ou para tratamentos mais biologicistas. Em ambos os polos, há um posicionamento ético e político em relação ao cuidado e, também, em relação ao sujeito que está adoecido. Ter documentos que norteiam, direcionam e apresentam os fluxos de atendimento em determinado contexto pode ser um grande indicativo de como é a gestão e o planejamento de políticas públicas de ações. Frente a isso, sugere-se uma análise mais ampla que possa trazer reflexões mais detalhadas sobre o conteúdo e, se possível, sobre a aplicabilidade e funcionabilidade na prática dos conceitos definidos em linhas-guias e linhas de cuidado.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P., Lancetti, A. (2006). Saúde mental e saúde coletiva. In: G. W. S. Campos et al. *Tratado de saúde coletiva* (p. 615-634). São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e Atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2008). Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: L. Giovanella et al (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (p. 735-759). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil, Ministério da Saúde (2004). *Saúde Mental no SUS. Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental/OPAS. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde (2017). *Portaria de Consolidação nº 03, de setembro de 2017 Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde*, Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html
- Brasil, Ministério da Saúde (2019). *Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Recuperado de file:///C:/Users/laris/Downloads/Guia_Elaboracao_Escopo_FINAL_02.05.2019-1.pdf
- Cellard, A. (2012). Análise documental. In: Jean Poupart et al. *A pesquisa qualitativa: Enfoque epistemológicos e metodológicos* (p. 295-316), Petrópolis: Vozes.
- Cerqueira, E. T. V. (2017). *Títulos dos diagnósticos para estruturar uma linha-guia de enfermagem em urgência e emergência*. [Dissertação de mestrado profissional de enfermagem do Centro Universitário São Camilo.]
- Colvera, L., Machado, A. (2000). Cuidado da enfermagem em saúde mental: desafio da modernidade. In: M. Jorge; W. Silva & F. Oliveira (Ed.). *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao 3º milênio* (p. 67-71). São Paulo: Lemos.
- Curitiba, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2014). *Linha Guia de Saúde Mental*. Curitiba: Superintendência de Atenção à Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Recuperado de http://www.conims.com.br/arquivo_usu/documentos/alterados/sgsites-huner-20180205-103120.pdf
- Curitiba, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2018). *Linha Guia de Saúde Mental*. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde. Recuperado de https://www.defensoriapublica.pr.def.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2023-03/linha_guia_saude_mental_sms_curitiba.pr_copiar.pdf
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Joinville, Secretaria da Saúde (2020). *Linha de Cuidado da Saúde Mental*. Joinville: Secretaria da Saúde, Rede de Atenção Psicossocial. Recuperado de <https://www.joinville.sc.gov.br/public/portaladm/pdf/jornal/3fe043f9d6cdeffe7a01d29ab4158261.pdf>
- Laing, R., Cooper, D. (1976). *Razão e Violência*. Petrópolis: Vozes.
- Londrina, Prefeitura de Londrina (2022). *Linha Guia de Saúde Mental do Município de Londrina*. Londrina: Prefeitura de Londrina. Recuperado de https://saude.londrina.pr.gov.br/images/DAPS/LINHAGUIA_SAUDE_MENTAL_LONDRINA_1.pdf
- Maciel, S. C. (2012). Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4 (8), 73-82. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v4i8.68654>. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68654>

- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
- Mendes, J. D. V., Bittar, O. J. N. (2014). Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. *Revista Faculdade Ciências Médicas Sorocaba*, 16 (1), 35-39. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/18597>
- Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>
- Minayo, M. C. S. (Org.). (1994). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Sampiere, R. H.; Collado, C. F., Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. Porto Alegre: Penso.
- Santa Catarina, Secretaria de Estado da Saúde (2019). *Linha de Cuidado para Atenção à Saúde Mental*. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento em Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Recuperado de <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14574-anexo-deliberacao-287-2018-linha-cuidado-saude-mental/file>
- Santos, V. E.; Soares, C. B., Campos, C. M. S. (2010). Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 995–1015. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300016>
- São José dos Pinhais, Secretaria Municipal de Saúde (2023). *Linha-Guia de Saúde Mental do Município de São José dos Pinhais*. São José dos Pinhais: Secretaria Municipal de Saúde. Recuperado de https://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2023/05/LinhaGuiaSaudeMental_A4_versaoweb-1.pdf
- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D., Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais* (São Leopoldo, RS). 1 (1). Recuperado de <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>
- Silva, P. O. (2018). *Relação Entre Os Processos De Trabalho Na Atenção Primária À Saúde E A Implantação Das Linhas-Guia Nos Municípios Sob Jurisdição Da Gerência Regional De Saúde De Itabira-MG: uma análise multicritério*. Dissertação de Mestrado Profissional Saúde, Sociedade e Ambiente (SaSA), Universidade Federal Dos Vales Do Jequitinhonha E Mucuri. Recuperado de <http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/1768>
- Suzano, Secretaria Municipal de Saúde (2021). *Linha de Cuidado da Rede de Atenção Psicossocial*. Suzano: Secretaria Municipal de Saúde. Recuperado de <https://suzano.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Protocolo-Geral-RAPS-final.pdf>
- Werneck, M. A. F.; Faria, H. P., Campos, K. F. C. (2009). *Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>

O Sofrimento Psíquico na Encruzilhada Entre o Mecanismo e a Norma

Caio Maximino¹ 

Faculdade de Psicologia, Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – Unifesspa, Marabá/PA, Brasil

Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará – UFPA, Belém/PA, Brasil

Resumo: Diferentes concepções de “saúde” e “doença” subjazem perspectivas medicalizantes ou críticas no campo da saúde mental. Neste ensaio, analiso concepções naturalistas (Boorse, Szasz) e normativistas (Engelhardt Jr., Fulford, Goosens, Margolis) sobre saúde e transtorno mental, apontando os limites dessas concepções. A partir de uma aproximação crítica com as teorias “híbridas” (que apontam para a materialidade psicobiológica fundamental dos transtornos ao mesmo tempo em que sustentam que juízos avaliativos socialmente construídos subjazem toda afirmação sobre “doença”), argumento que o status de transtorno dado a um conjunto de sintomas está sempre emaranhado em uma dimensão social, cultural, e política, e não é um “fato natural”, ainda que seja metafisicamente dependente de processos psicobiológicos. Assim, sob uma organização político-econômica capitalista, os juízos avaliativos são dependentes da posição do indivíduo em um binômio produtivo-improdutivo, dependentes metafisicamente de fenômenos psicobiológicos, mas irreduzíveis a esses.

Palavras-chave: medicalização, saúde-doença, transtornos mentais, normativismo, teorias híbridas da psicopatologia

Mental Distress at the Crossroads Between the Mechanism and the Norm

Abstract: Different conceptions of “health” and “illness” underlie medicalizing or critical perspectives in the field of mental health. In this essay, I analyze naturalistic (Boorse, Szasz) and normativist (Engelhardt Jr., Fulford, Goosens, Margolis) conceptions of health and mental disorder, pointing out the limits of these conceptions. From a critical approach to the “hybrid” theories (which point to the fundamental psychobiological materiality of disorders while maintaining that socially constructed evaluative judgments underlie every statement about “illness”), I argue that the status of disorder given to a set of symptoms is always entangled in a social, cultural and political dimension, and is not a “natural fact”, even though it is metaphysically dependent on psychobiological processes. Thus, under a capitalist political-economic organization, evaluative judgments are dependent on the individual’s position in a productive-improductive binomial, metaphysically dependent on psychobiological phenomena but irreducible to them.

Keywords: medicalization, health-disease, mental disorders, normativism, hybrid theories of psychopathology

¹ Doutor em Neurociências e Biologia Celular (UFPA). Professor da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa), Marabá/PA, e do Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém/PA. E-mail: cmaximino@unifesspa.edu.br

Introdução

Um dos problemas comumente apontados em relação ao modelo atual de diagnóstico na saúde mental, estruturado em torno dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSMs) ou das Classificações Internacionais de Doenças (CIDs), é o da *validade diagnóstica* – isso é, o de estabelecer quando um diagnóstico pode ser diferenciado de outro (por exemplo, diagnóstico diferencial de transtorno depressivo maior versus transtorno esquizoafetivo), ao mesmo em que se diferencia transtorno de patologia (por exemplo, diferenciar transtorno de ansiedade social de timidez) (Kendell & Jablensky, 2003; Murphy, 2014; Sabbarton-Leary et al., 2014). Entretanto, qualquer critério de estabelecimento da validade diagnóstica depende de pressupostos sobre o conceito de *transtorno* (Wakefield, 2010). Assim, trata-se ainda de uma questão conceitual, e não empírica:

Isto significa que conceitualmente estes testes não podem ter qualquer autoridade final – embora sejam capazes de distinguir entre construtos, não são capazes de fazer distinções entre transtornos e não-transtornos, em parte porque são satisfeitos por uma série de condições normais e desordenadas. Isto é, os testes de validade não podem traçar os limites do transtorno mental sem, de maneira circular, apelar para uma suposta noção de transtorno de forma independente. Assim, as abordagens empíricas só podem ter sucesso na identificação de perturbações mentais se forem combinadas com um trabalho conceitual sólido (Varga, 2015, p. 105).

O problema da definição de *transtorno*, portanto, é relevante para uma crítica nuançada à medicalização. Apesar das noções de saúde e doença parecerem relativamente intuitivas, parecer ser particularmente difícil criar definições que sejam inclusivas o suficiente para abarcar todas as nossas intuições sobre o tema, e que sejam exclusivas o suficiente para limitar o tipo de intervenção associada a uma dada forma de sofrimento (Kukla, 2015). Esquemáticamente, as críticas da medicalização

costumam compreender os processos de saúde e doença como construções sociais, focando-se em “processos sociais e institucionais de ‘medicalização’, onde aglomerados de sintomas são identificados como doenças unificadas e trazidas para a vigilância e governamentalidade médicas” (Kukla, 2015, p. 515); essa crítica é oferecida em oposição a um modelo “naturalista”, que afirma o sofrimento psíquico como um desvio do “funcionamento normal” do organismo. Entretanto, esses esboços são muitas vezes caricatos, e tanto as teorias “naturalistas” quanto “normativistas” apresentam importantes dificuldades teóricas e ético-políticas (Ereshefsky, 2009). Nesse ensaio, apresento algumas das concepções mais influentes na área, incluindo concepções “naturalistas” (Boorse, Szasz) e “normativistas” (Engelhardt Jr., Fulford, Goosens, Margolis), apontando limitações em ambas. Apresento então algumas soluções “híbridas” para o problema, argumentando que a dependência metafísica do sofrimento sobre uma base psicobiológica não só é condizente com um modelo biopsicossocial, mas tem melhor aderência aos dados de pesquisa, ao mesmo tempo em que permite uma dimensão normativa ou construcionista social que é coerente com projetos emancipatórios.

Definições Naturalistas: O Transtorno Como Disfunção Biológica

De uma perspectiva taxonômica, é possível classificar os conceitos de saúde e doença a partir de três posturas principais: naturalismo, normativismo, e teorias “híbridas” (Ereshefsky, 2009). Tipicamente, as posições “naturalistas” (Boorse, 1976, 1977, 1997; Kendell, 1975; Scadding, 1990) – as mais proeminentes dentre as posturas filosóficas discutidas, e um dos pressupostos ontológicos fundamentais do modelo na psiquiatria (Patil & Giordano, 2010) – produzem definições que refletiriam o que seria “biologicamente natural e normal para os humanos” (Ereshefsky, 2009, p. 221). A concepção naturalista mais influente é aquela de Boorse (1976, 1977). Ereshefsky (2009, p. 222) define essa concepção da seguinte maneira: “Uma *doença* é um tipo de estado interno que é um comprometimento da capacidade funcional normal, ou seja, uma redução

de uma ou mais habilidades funcionais abaixo da eficiência típica, ou uma limitação da capacidade funcional causada pelo ambiente”. O que se define por “capacidade funcional normal” se refere às contribuições estatisticamente típicas (isto é, mais frequentes) de um órgão (ou função psicológica) à adaptabilidade biológica do organismo, tomada a partir da média de uma “classe de referência” específica (por exemplo, grupo etário ou gênero). A concepção naturalista, portanto, assume que a determinação da disfunção biológica é uma questão científica (Aftab, 2016).

Existem variações importantes da postura naturalista. A teoria de Christopher Boorse é a mais influente — talvez devido à sua insistência em diminuir o papel de fatores sociais no diagnóstico em um momento de crise da psiquiatria americana, e pode ser entendida como a teoria naturalista “prototípica”. Boorse (1977) assume que, além de podermos definir “disfunção biológica” puramente a partir de dados científicos — em especial, daqueles provenientes das ciências biomédicas e biológicas —, também podemos determinar objetivamente (isto é, a também a partir das ciências biomédicas e biológicas) se essa disfunção é prejudicial ao bem-estar humano. Para produzir uma teoria bioestatística, portanto, é fundamental que seu objeto seja o das populações, ainda que, em um sentido prático, os conceitos de doença articulados por Boorse se refiram à normalidade funcional no nível individual e, portanto, tenham que se relacionar a uma classe de referência particular (Giroux, 2009). Ainda que essa “teoria bioestatística da normalidade” faça referência a adaptabilidade biológica, e exemplifica a partir de doenças físicas, a intenção inicial de Boorse era produzir uma teoria da psicopatologia (Boorse, 1976).

Uma grande quantidade de críticas e objeções foram dirigidas à teoria bioestatística de Boorse (Aftab, 2016; Ereshefsky, 2009). A objeção mais frequente é a de que o naturalismo não reflete, de maneira adequada, os usos comuns dos termos “saúde” e “doença” (ou, alternativamente, “normal” e “patológico”), dado que “negligencia os papéis que os valores têm na determinação de se alguém está saudável ou doente” (Ereshefsky, 2009, p. 222), e se há algo que poderia ser chamado de “funcionamento

típico” na espécie humana (Aftab, 2016; Bolton, 2008).

A crítica relacionada ao papel da valoração deriva do fato de que a teoria bioestatística de Boorse diferencia entre dois conceitos diferentes de doença, um “teórico” — descrito anteriormente, “objetivo” e “livre de valores” — e um “prático” — subjetivo e normativo (Boorse, 1977); o foco será no primeiro conceito, “*disease*”, derivado da patologia, e não da clínica médica (Méthot, 2009). Assim, Boorse afirma que “[a] tuberculose e a epilepsia são doenças não porque a sociedade as desvaloriza, mas porque elas são casos de disfunção biológica” (Boorse, 1976, p. 89). Por extensão, transtornos mentais como depressão, esquizofrenia e ansiedade seriam doenças porque representam casos de disfunção biológica. Boorse insiste que a sua teoria bioestatística não tem relevância real para a prática clínica e, para que isso ocorra, é preciso incluir os valores de volta no pote. Como afirma Kingma (2014, p. 39), “[p]ara aplicar esse conceito, ele precisa ser incrementado com valores e atitudes sociais [...]: por exemplo, ‘doenças que devem ser tratadas’, ‘doenças que são sérias’, e ‘doenças que te isentam de responsabilidade legal’”. A maioria dos exemplos utilizados para apontar como a valoração é um aspecto fundamental do processo de definir doenças e disfunções vêm da história. Por exemplo, por boa parte do século XX, a *American Psychiatric Association* (APA) considerou a homossexualidade uma doença, mas o termo foi retirado do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em 1973, após uma série de embates políticos (Drescher, 2015); essa mudança “não foi acompanhada de uma mudança no nosso conhecimento médico sobre a homossexualidade. O que mudou, argumentam alguns, é se a homossexualidade é ou não um estado desvalorizado pela APA” (Ereshefsky, 2009, p. 222). Se o que é considerado doença ou não depende unicamente da distribuição da variável na população e de seu impacto sobre adaptabilidade biológica, então o que determinaria se a homossexualidade deveria ser considerada ou não doença não seriam fatores políticos e sociais, mas a referência aos aspectos estatístico e biológicos — o que demonstradamente não ocorreu.

Um problema fundamental dessa postura é que, mesmo se assumirmos que o naturalismo pode ser “salvo” pela inclusão de uma camada de

valoração, a própria biologia invocada por Boorse como fundamento ontológico é superficial (Aftab, 2016; Ereshefsky, 2009). Por exemplo, no campo da saúde mental, muitas condições consideradas como patológicas, como transtorno depressivo maior ou transtorno de ansiedade generalizada, são altamente prevalentes, de maneira que “a raridade estatística não é necessária nem suficiente” para definir algo como patológico (Aftab, 2016, p. 10). Além disso, as características fisiológicas, comportamentais, e psicológicas que podem representar uma disfunção biológica apresentam, comumente, uma distribuição normal, e, portanto, não há um “ponto de corte” não arbitrário, em termos estatísticos, para diferenciar normalidade e patologia (Aftab, 2016). Essa crítica é fundamental porque aponta como Boorse confunde dois sentidos de “normalidade”, a normalidade estatística e a normalidade teórica:

A normalidade estatística é o estado numérico médio encontrado entre os membros de uma classe de referência. A normalidade teórica refere-se aos caracteres naturais ou normais dos membros de uma classe de referência, na qual esses caracteres são identificados pela teoria científica relevante. Para Boorse, as normalidades teórica e estatística devem se alinhar: caracteres estatisticamente normais são aqueles que são teoricamente normais ou naturais (Ereshefsky, 2009, p. 222).

O conceito boorseano de “normalidade teórica”, conforme enunciado por Ereshefsky, se refere, portanto, a características típicas da espécie, conforme definidos pela taxonomia (isto é, quais são as características naturais dos membros de uma dada espécie?) e pela genética (isto é, quais são as características genótípicas e fenotípicas naturais de uma dada população?). Entretanto, o que determina o pertencimento a uma dada espécie, na taxonomia, não é a similaridade qualitativa, mas a conexão genealógica com outros membros da espécie (Hull, 1978; Sober, 1980). Ademais, muitos teóricos da psiquiatria evolucionista assumem que determinados fenômenos psicopatológicos ou são adaptações, ou são desvios de uma função adaptativa (Dubrovsky, 2002), mas muitas características presentes atualmente na espécie humana são

“exaptações” (isto é, características que não foram elas próprias selecionadas, mas são “efeitos colaterais” da seleção natural) (Grossi et al., 2014). Com isso, torna-se difícil colocar a taxonomia ou a teoria evolutiva como embasamento para definir o que seria “típico” (Ereshefsky, 2009; Nordenfelt, 2003). De maneira semelhante, Elliot Sober (1980) argumenta, a partir da norma de reação da genética, que não há um único fenótipo particular que seja “natural” para uma dada espécie, gênero, ou classe de idade, já que cada fenótipo é o resultado de um genótipo particular desenvolvendo-se em um ambiente particular. Portanto não se podem definir características típicas a partir da evolução ou da genética, e Boorse está ciente disso. Por isso, Boorse sugere que as especificações dos estados naturais de um organismo podem ser encontradas nos livros-texto de fisiologia (Boorse, 1997). Entretanto, esses livros “fornecem descrições idealizadas e simplificadas dos órgãos, e não descrições de suas naturezas inerentes” (Ereshefsky, 2009, p. 223). Ademais, como aponta Canguilhem:

é absolutamente ilegítimo sustentar que o estado patológico é, real e simplesmente, a variação — para mais ou para menos — do estado fisiológico. Pode-se considerar que esse estado fisiológico tenha, para o ser vivo, uma qualidade e um valor, e então seria absurdo prolongar esse valor — idêntico a si mesmo sob suas variações — até um estado dito patológico, cujo valor e cuja qualidade se diferenciam do valor e da qualidade do estado fisiológico com os quais, no fundo, formam contraste. Ou então o que se entende por estado fisiológico é um simples resumo de quantidades, sem valor biológico, simples fato ou sistema de fatos físicos e químicos, mas então esse estado não tem nenhuma qualidade vital e não se pode chamá-lo de são, nem de normal, nem de fisiológico (Canguilhem, 1966/2009, p. 42–43).

Ainda que não seja possível traçar diretamente a influência da teoria bioestatística na formulação das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III), está claro que, a partir dessa edição, o manual assume

uma postura “naturalista”, ao definir um transtorno a partir de uma visão fiscalista e funcionalista do sofrimento psíquico. Russo e Venâncio (2006) apontam como essa edição do DSM condensa um extenso debate em torno das fronteiras entre o normal e o patológico, representando a consolidação de uma hegemonia naturalista dos campos dos saberes concorrentes, em especial em relação às formulações da psicanálise.

Outra variação da postura naturalista é o “naturalismo anômalo” de Thomas Szasz (1979). Szasz é naturalista acerca das doenças físicas, mas normativista e construtivista em relação aos transtornos mentais. A concepção de Szasz é um objetivismo estrito, que assume que uma doença é totalmente definida por lesões anatômicas ou fisiológicas. O argumento, portanto, é dualista: uma doença requer uma doença física, mas os sintomas mentais se apresentam na ausência de uma lesão física, e, portanto, não existem doenças da mente; o que se chama de “transtorno mental” (ou, no caso em questão, “doença mental”) é composto totalmente de problemas da vida, conflitos humanos e comportamentos socialmente indesejados.

O conceito de doença, seja ela corporal ou mental, implica em um afastamento de alguma norma claramente definida. No caso da doença física, a norma é a integridade funcional e estrutural do corpo humano. Assim, embora a conveniência da saúde física, como tal, seja um valor ético, essa saúde pode ser expressa em termos anatômicos e fisiológicos. Qual é o afastamento da norma que é considerado como doença mental? Esta pergunta não pode ser facilmente respondida. Mas seja qual for esta norma, podemos estar certos de uma coisa apenas: isto é, que ela é uma norma que deve ser apresentada em termos de conceitos *psicossociais, éticos e legais* (Szasz, 1979, p. 59).

A crítica de Szasz acendeu um intenso debate na década de 1970, sendo responsável em certa medida por críticas contemporâneas da medicalização (Zorzaneli et al., 2014) e pela reformulação do Manual Diagnóstico e Estatístico

dos Transtornos Mentais na terceira edição (DSM-III) (Loughlin & Miles, 2014) porque, ao conceber o transtorno mental como algo diferente do campo das doenças físicas, Szasz procurava denunciar a transformação de comportamentos considerados desviantes em doenças. Entretanto, Szasz pode ser considerado um naturalista no sentido de que define a doença como o afastamento de uma norma fisiológica, independentemente do impacto no funcionamento (Aftab, 2016). Muitos críticos normativistas concordam com Szasz de que o transtorno mental não é um conceito naturalista, mas afirmam que não é isso que o torna ilegítimo (Kingma, 2013). Assim, mesmo sendo o cuidado em saúde impossível de ser separado de um valor ético, “pelo menos é possível explicar a ontologia da saúde física em termos livres de valores, porque ‘o que é a saúde’ pode ser colocado em termos da linguagem da anatomia e da fisiologia” (Loughlin & Miles, 2014, p. 149). Haveria, portanto, uma espécie de distinção ontológica entre “doença física” como “entidade publicamente observável” e “doença mental” como “entidade subjetiva” e, portanto, sujeita às construções sociais e reações subjetivas à realidade observada (Loughlin & Miles, 2014). Além disso, formulações mais sofisticadas de “disfunção cerebral” podem apoiar modelos menos reducionistas (por exemplo, Fuchs, 2012; Jefferson, 2024; Maximino, 2023; Papineau, 1994).

As dificuldades do naturalismo em estabelecer um embasamento biológico para o conceito de disfunção se devem, em grande parte, ao fato de que toda afirmação sobre doença é, no final das contas, valorada. Quando um indivíduo recebe um diagnóstico de transtorno mental, esse diagnóstico é sempre carregado de valores, e muitas vezes determina não somente acesso a tratamento e atenção, mas o que se qualifica como “cuidado”, incluindo principalmente um foco nas terapias biológicas. Graham (2013), Fulford (1989), Fulford e van Staden (2013) argumentam que isso é especialmente importante no caso dos transtornos mentais, dado que, diferentemente do caso relativamente simples de doenças “somáticas” como hipertensão ou infecções, os juízos de valor feitos em relação ao sofrimento psíquico são quase sempre contestáveis, e envolvem caráter moral ou político. Fulford e van Staden (2013) fazem uma

distinção entre juízos de fato (“critérios descritivos”) e juízos de valor, exemplificando a partir de afirmações sobre alimento: a afirmação “esse morango é bom” se baseia nos critérios descritivos do morango ser doce, livre de insetos e outros patógenos etc.; nesse caso relativamente simples, o critério descritivo obscurece o uso do termo valorado “bom”. O mesmo se passa em parte da medicina, em especial no caso das doenças “somáticas”, em que juízos de fato são usados para fazer juízos de valor, obscurecendo o fato de que todas as afirmações sobre doença são valoradas. Por outro lado, no caso dos transtornos mentais, o fato de que lidamos com vivências complexas, desejos profundos, motivos, e valores humanos que estruturam a noção de si mesmo faz com que essa diferença seja muito mais explícita, e critérios descritivos não obscureçam automaticamente os juízos de valor (Fulford, 1989; Fulford & van Staden, 2013). Essa diferença entre doenças somáticas e transtornos mentais não deveria ofuscar o fato de que até mesmo juízos sobre doenças somáticas são normativos e, portanto, um naturalismo “puro” é insustentável.

Teorias Normativistas dos Transtorno Mentais

Uma solução para os problemas do naturalismo é assumir uma posição *normativista* em relação ao conceito de doença. O normativismo sustenta que uma análise adequada dos construtos “saúde” e “doença” (ou, alternativamente, “normal” e “patológico”) deve explicar o uso que é feito desses termos. Os autores normativistas sugerem que tanto indivíduos leigos quanto profissionais médicos utilizam esses termos de maneiras que refletem valores – em especial, normas e valores *éticos* (Engelhardt Jr, 1996; Fulford, 1989; Goosens, 1980; Margolis, 1976; Sedgwick, 1982): “aqueles estados fisiológicos ou psicológicos que desejamos são chamados de ‘saudáveis’, e aqueles estados que queremos evitar são rotulados de ‘doentios’” (Ereshefsky, 2009, p. 223). Um exemplo muito citado na literatura normativista é o da homossexualidade, que já foi considerada doença e deixou de o ser. Nesse caso, não é a aproximação do organismo a um estado biologicamente normal ou natural que determinou que a homossexualidade deixasse de ser considerada

doença, mas a mudança nos valores de uma dada cultura (Drescher, 2015). Um argumento similar em favor do normativismo é a ideia de que aquilo que é considerado como doença para uma cultura não o é em outra cultura (Sullivan et al., 2018).

Entretanto, existem problemas também na postura normativista “clássica” (Ereshefsky, 2009; Kingma, 2014; Murphy, 2012, 2014; Wakefield, 1992). Se o normativismo busca descrever de maneira precisa como os termos “saúde” e “doença” são utilizados, existem exemplos importantes no qual esse objetivo não é alcançado. Por exemplo, existem estados que podem ser indesejados, mas em que não há concordância se se trata de uma doença. Ereshefsky exemplifica com o alcoolismo, com a obesidade, e com a tensão pré-menstrual).

Se houver uma concordância geral de que um estado é indesejável, então, de acordo com o normativismo, deve haver uma concordância geral de que o estado em questão é uma doença. [...] Ao vincular o termo “doença” aos estados que consideramos indesejáveis, o normativismo faz um trabalho ruim ao capturar nosso uso desse termo (Ereshefsky, 2009, p. 224).

Essa questão é importante porque o normativismo é motivado essencialmente pela ligação dos conceitos de saúde e doença com as práticas sociais, em especial às práticas relacionadas à promoção de saúde (Kingma, 2014). Nordenfelt (2007), por exemplo, assume uma perspectiva histórica ao afirmar que o que motivou as pessoas a classificar condições e estados em “normalidade” e “anormalidade” não é o quanto esses estados se distanciam de uma condição biológica ideal, mas o fato de que essas condições eram fortemente desvalorizadas. De maneira similar, a maioria dos normativistas enfatiza que os conceitos de saúde e doença motivam intervenções médicas (Engelhardt Jr, 1996; Margolis, 1976). Como aponta Glackin (2019, p. 260), a relação do problema com o campo prático da saúde impõe um “problema retórico” trazido pelo senso comum: “As doenças parecem ser totalmente indiferentes, brutalmente indiferentes às nossas opiniões sobre elas”; os processos patológicos associados ao câncer (ou possivelmente

a condições como autismo e transtorno depressivo maior) não são sensíveis às nossas percepções, juízos, ou atitudes em relação a eles. Goosens (1980) rejeita essa formulação de uma maneira que pode ser útil à crítica da medicalização: é perigoso permitir que as intervenções no campo da saúde dependam *exclusivamente* da atribuição de um *status* de doença, tanto porque uma decisão de tratamento deve depender da avaliação global, quanto pelo fato de que certas condições podem ser consideradas doenças pela maioria das pessoas de uma cultura e ainda assim não ser desejável tratá-las. O modelo social da deficiência, por exemplo, aponta que o modelo médico (compatível tanto com o naturalismo quanto com o normativismo) localiza “o problema” da deficiência nas limitações biológicas, negligenciando o suporte social e sistêmico que contribui para a deficiência (Diniz, 2007; Oliver, 2018).

Um outro problema da concepção mais “pura” do normativismo é a historicidade do diagnóstico. Por exemplo, no século XIX, alguns psiquiatras americanos diagnosticavam pessoas escravizadas que tentavam escapar com “drapetomania” (Willoughby, 2018); de uma perspectiva contemporânea, consideramos que a drapetomania não é uma doença “de verdade” no século XIX, assim como não é uma doença “de verdade” agora. “Entretanto, se você é um normativista, não pode afirmar que aqueles médicos americanos estavam errados em chamar a drapetomania de doença. Você só pode dizer que temos valores diferentes daqueles dos médicos do século XIX” (Ereshefsky, 2009, p. 224). Como vimos anteriormente, a historicidade dos diagnósticos também é um problema para a concepção naturalista. Berrios (2013, p. 19) aponta esse problema, na psicopatologia, como o problema da *episteme*, “os domínios ideológicos autônomos contidos dentro de algumas fronteiras temporais”. Uma interpretação “forte” da visão epistêmica é de que os “acontecimentos só tem significado e valor dentro de um período determinado, e não podem comparar-se com os acontecimentos de outra *episteme*” (Berrios, 2013, p. 20). De maneira semelhante, podemos entender a *episteme* não somente a partir do ponto de vista temporal, mas também espacial e geográfico. Arthur Kleinman (1988; 1977) argumenta que, ao compararmos os transtornos mentais entre

culturas, não comparamos entidades de doença, mas explicações sobre variações comportamentais, e essas explicações são culturalmente determinadas. Assim, ao apontar como variações culturais nas normas e valores engendram mudanças nos conceitos, mas também que há continuidades entre esses processos através dos tempos e das culturas, explicita-se a dificuldade do normativismo em compreender conceitos de doenças como algo mais do que a afirmação de um valor.

Ainda que o normativismo tipicamente assuma uma postura crítica em relação ao naturalismo por sustentar o papel das normas e valores na construção dos transtornos, isso não significa assumir que esse papel é *constitutivo*; na realidade, a maior parte das posições normativistas “clássicas” (por exemplo, Engelhardt Jr, 1996; Fulford, 1989; Goosens, 1980; Margolis, 1976; Sedgwick, 1982) não assume explicitamente que esses fenômenos políticos têm qualquer papel causal no surgimento do sofrimento, mas sim na definição do que deveria ser considerado ou não uma “doença” ou “transtorno”. Por outro lado, existem formulações importantes na crítica da medicalização que apontam o papel causal e/ou constitutivo da cultura. Nesse caso, o sofrimento psíquico seria entendido como:

tecnologias de intervenção na estrutura psíquica a partir de valores. Ou seja, a configuração e o limite de uma categoria clínica não são resultado da identificação de predicados diferenciais naturais acessíveis em um campo independente da estruturação de nossa linguagem. Na verdade, eles resultam das tecnologias que temos para produzir modificações na estrutura psíquica a partir de valores que procuramos implementar. Categorias clínicas não são estruturas descritivas, mas processos performativos (Safatle, 2021, p. 28).

Safatle se refere aqui às concepções de Ian Hacking (1995), que afirma um processo de “performatividade retroativa” chamado de “efeito de *looping*”, no qual o próprio ato de categorizar e diagnosticar “cria performativamente uma nova situação na qual os sujeitos se veem inseridos” (Safatle, 2021, p. 28), reorientando condutas por meio “da

apropriação autorreflexiva e da posterior modificação dos objetos” (Safatle, 2021, p. 29): “um tipo de pessoa vem à existência ao mesmo tempo que a própria categoria clínica foi inventada. Em alguns casos, nossas classes e classificações conspiram para aparecer uma suportada pela outra” (Hacking, 2004, p. 106).

Hacking (1999), por outro lado, também aponta como os processos de classificação interagem não somente com a autorreflexão do indivíduo em sofrimento, mas também com os processos biológicos que estão relacionados às condições diagnosticadas. Ao receber um diagnóstico de, por exemplo, *transtorno depressivo maior*, a pessoa pode adotar certos regimes de condutas, abandonar certas rotinas de risco, evitar o estresse, e assim por diante, de maneira que o substrato neurobiológico de seus sintomas muda. Compreender como esse processo de *biolooping* produz e modifica processos biológicos é uma tarefa que o normativismo “clássico”, bem como sua vertente “constitutiva”, não são capazes ainda de avançar.

Modelos Híbridos E A Origem Dos Juízos Avaliativos

Se tanto o naturalismo quanto o normativismo apresentam dificuldades, alguns autores buscaram definições que se assentassem nos pontos fortes de cada teoria, criando modelos “híbridos”. Como o rótulo diz, abordagens híbridas utilizam elementos tanto naturalistas quanto normativistas em suas definições. Como o objetivo das teorias híbridas é limitar o alcance do normativismo e prover uma base para a qual juízos sobre o funcionamento/disfunção possam ser realizados, a maioria das teorias assume que os prejuízos são de fato considerados a partir de uma perspectiva normativa, mas se focam principalmente em embasar biologicamente esse prejuízo. Assim, o termo “doença” (ou “transtorno”) só deveria ser aplicado a estados *desvalorizados* que tenham *etiologia biológica*.

A teoria híbrida mais conhecida talvez seja a de Wakefield (1992), que a aplicou explicitamente aos transtornos mentais. Essencialmente, Wakefield assume que existem alterações de funções

evolutivamente definidas, mas que essas alterações são julgadas como “transtorno” ou “doença” porque produzem prejuízos que são considerados dessa maneira pela cultura. Assim, sua concepção é o que posteriormente Wakefield (2011) chamou de “análise de disfunção prejudicial baseada na evolução”:

Uma condição é um transtorno se, e somente se (a) a condição causa algum dano ou privação de benefício à pessoa, conforme julgado pelos padrões da cultura da pessoa (o critério do valor), e (b) a condição resulta na inabilidade de algum mecanismo interno de realizar sua função natural, onde essa função natural é um efeito que é parte da explicação evolutiva para a existência e a estrutura do mecanismo (o critério explanatório) (Wakefield, 1992, p. 384).

Na análise de disfunção prejudicial baseada na evolução, a dimensão “naturalista”, que Wakefield chama de “critério explanatório”, assume que um transtorno é uma falha danosa de alguma função psicobiológica evoluída. “Função”, aqui, é entendida como um conceito inerentemente teleológico, ainda que temperado pelo mecanicismo da seleção natural (Wakefield, 2011). Apesar da teoria de Wakefield apresentar importante base naturalista e evolucionista, diferentemente de uma série de teóricos da psicopatologia que podemos chamar de “evolucionistas” (McGuire & Troisi, 1998; Nesse, 1994; Nesse & Ellsworth, 2009), Wakefield distingue entre *disfunção* (isto é, quando algum mecanismo falha em desempenhar sua função evolutivamente selecionada) e *defesa* (isto é, quando algum mecanismo desempenha de maneira adequada sua função evolutivamente selecionada, mesmo quando esse desempenho é desagradável ou mesmo danoso ao organismo). Uma teoria evolutiva implica que respostas defensivas evolutivamente selecionadas não são transtornos ou doenças em si, mesmo se há desconforto. Assim, ainda que Wakefield (1992) assuma que “dano” é um conceito normativo, sua teoria híbrida *exige* que esse dano seja considerado também a partir da história evolutiva.

Como vimos no caso de Boorse (1976, 1977, 1997), nem sempre teorias evolutivas representam um embasamento adequado para a psicopatologia.

De fato, diversos teóricos da psicopatologia buscaram nas formulações da Psicologia Evolucionista uma explicação evolutiva para um sem-número de transtorno (Brüne, 2015; Nesse, 2000; Vasconcellos & Gauer, 2004); entretanto, a Psicologia Evolucionista recebeu uma avalanche de críticas, indo de sua compreensão falha dos mecanismos evolutivos e da criação de “narrativas” sem base empírica que aderem à teoria (Gannon, 2002; Grossi et al., 2014; Panksepp & Panksepp, 2001) até à sua função discursiva de justificar diferenças de gênero e outras formas de poder (McKinnon, 2021). Ao buscar uma definição de “disfunção” na evolução, Wakefield coloca-se na mesma armadilha que Boorse, já que “não existem normas na biologia evolutiva, e as normas da fisiologia não são evolutivas” (Ereshefsky, 2009, p. 225).

Uma forma de evitar essas dificuldades é proposta por Shane Glackin (2019), que assume uma posição explicitamente “construtivista social”, ao afirmar que os valores que fundamentam a dimensão avaliativa das concepções de doença são uma forma particular de atitude social. Como teórico “híbrido”, entretanto, Glackin propõe a articulação da dimensão avaliativa na dimensão biológica. Glackin distingue entre diversos tipos de interrogações que podem ser feitas ao problema da doença: a interrogação do *status*, que questiona que tipos de condições devem estar presentes para que se considere que um indivíduo apresente uma determinada doença ou transtorno (por exemplo, transtorno depressivo maior, ou autismo); a interrogação da *constituição*, que questiona a base material da condição do indivíduo (isto é, quais são os mecanismos biológicos e/ou psicológicos que existem independentemente de nossos juízos, e como esses mecanismos constituem a doença ou transtorno); e a interrogação do *estado geral*: quais características podem ser usadas para embasar a categorização de uma dada condição como doença ou transtorno?

Deve haver alguma característica – possivelmente disjuntiva – em comum com, por exemplo, leucemia, fratura de escafoide e esquizofrenia, mas não com, por exemplo, homossexualidade, altura abaixo da média ou orelhas furadas. E os

construtivistas sociais acreditam que o que conta como resposta plausível para a questão da constituição não pode nos levar a lugar algum para responder à *questão do status geral*; lesões ou desvios da norma estatística de funcionamento em uma classe de referência ou disfunções etiológicas prejudiciais [e.g., a teoria bioestatística de Boorse, ou o naturalismo anômalo de Szasz] não são nem mesmo *o tipo certo de coisa* para se buscar uma resposta. A resposta mais plausível, afirmamos, é um tipo específico de atitude social (Glackin, 2019, p. 260, *italico no original*).

Assim, uma teoria híbrida “*não* deveria negar a questão óbvia de que os estados de doença são fenômenos naturais objetivos” (Glackin, 2019, p. 261). Essa afirmação parece bastante clara para a maioria das doenças somáticas, e Glackin afirma que, se assumir a validade diagnóstica dos transtornos mentais, isso deveria ser verdadeiro também para o campo do sofrimento psíquico. Ainda que esse pressuposto de validade diagnóstica possa não ser verdadeiro para os transtornos do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (Kendell & Jablensky, 2003), a afirmação de Glackin não depende necessariamente de um ou outro modelo nosológico. Independentemente disso, Glackin argumenta que:

o fato de ser uma doença é um fato contingente sobre qualquer um desses estados e não reflete nenhuma característica intrínseca que ele possua; um indivíduo em qualquer um desses estados naturais objetivos pode ou não ser considerado adequadamente como doente, dependendo de outros fatores de fundo (Glackin, 2019, p. 261).

Assim, para ele, uma doença ou transtorno não é *idêntica* ao estado biológico e/ou psicológico que a embasa, mas será “*metafisicamente dependente*” desses estados.

Essa “*dependência metafísica*” é chamada de *fundação* ou *grounding*, uma relação hiperintensional que gera uma ordem de prioridade metafísica (Imaguire, 2022): se o estado biológico ou psicológico dá *fundação* ao transtorno, então

o estado é mais fundamental do que o transtorno. Glackin afirma que “o estado de *estar doente* ou *ter uma doença* é fundado no estado biológico ou comportamental do paciente. E essa relação de fundação [...] por sua vez existe porque os fatos avaliativos de fundo são como são” (Glackin, 2019, p. 262). O autor recorre às teorias de Brian Epstein sobre a fundação dos fatos sociais. Nesse modelo, a fundação é entendida como a relação-padrão entre fatos fundadores (fundamentais) e fatos sociais que são metafisicamente dependentes dos fatos fundadores; a fundação ocorre em um *enquadramento (frame)*, uma espécie de estrutura que contém “um conjunto dos mundos possíveis nos quais as condições de fundação dos fatos sociais são fixadas em uma maneira particular. Cada um desses mundos possíveis pode ter diferentes fatos fundadores” (Epstein, 2015, p. 78). O quadro será definido por um *princípio de enquadramento (Frame Principle)*, que dá a esse enquadramento as condições de fundação não somente ao mundo realmente existente, mas a todas as possibilidades. Esse princípio se relaciona por sua vez, com um *outro* conjunto de fatos por uma relação de *ancoramento*: “para que um dado conjunto de fatos ancore um princípio de enquadramento [é necessário que] esses fatos sejam a razão metafísica para que o princípio de estrutura seja o caso” (Epstein, 2015, p. 82). O fundamental aqui é que o modelo de Epstein *ancora* o princípio de enquadramento em um conjunto de fatos diverso dos fatos usados para a fundação. Assim, Glackin sugere que esses fatos do ancoramento serão algum tipo de juízo avaliativo social. Dito de outra forma, ainda que os estados de doença são objetivamente determinados em função de uma base biológica ou psicológica, o que os define como *doença* não é, como propõe Wakefield, algo objetivamente determinado a partir da genética, da fisiologia, ou da patologia, mas um conjunto de juízos de valor localizado dentro das relações sociais. Em um artigo posterior (Conley & Glackin, 2021), os autores desenvolvem o conceito para afirmar que, para que um determinado estado psicológico e/ou biológico seja considerado doença ou transtorno, deve satisfazer o seguinte conjunto de critérios:

a) não deve representar um estado de coisas *tolerável*;

- b) mas também não deve representar uma *falha moral* do indivíduo diagnosticado;
- c) *não* deve justificar a reorganização da sociedade de maneira a neutralizar a lesão² relativa causada pelo estado;
- d) mas *como* algo que vale a pena alocar recursos para ‘corrigir’ e/ou melhorar (Conley & Glackin, 2021, p. 10).

Expandindo a concepção de Conley e Glackin (2021), adicionaríamos ainda que, sendo o vivente definido por sua *plasticidade* – a capacidade de produzir uma gama de possibilidades fisiológicas adaptativas (Canguilhem, 1966/2009) –, os critérios para definir doença deveriam também ser ancorados na restrição dessa plasticidade. Essa plasticidade é uma consequência do fato dos ambientes serem sempre dinâmicos: “[o] que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (Canguilhem, 1966/2009, p. 77). Também a doença é “uma nova dimensão da vida” (Canguilhem, 1966/2009, p. 73), e não somente uma diferença quantitativa em relação a uma norma; entretanto, essa norma é vivenciada pelo organismo como restrição do mundo e da potência de agir: “o homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas. Uma norma única de vida é sentida privativamente e não positivamente” (Canguilhem, 1966/2009, p. 54). Assim:

saúde é a posição na qual o organismo aparece como produtor de normas na sua relação ao meio ambiente [...]. Um organismo completamente adaptado e fixo é doente por não ter uma margem que lhe permita suportar as mudanças e infidelidades do meio. A doença aparece assim como fidelidade a uma norma única (Safatle, 2011, p. 24, *itálico no original*).

Além disso, uma norma de vida “doentia” pode também ser a abertura para uma nova situação de aumento da potência de agir e, dessa maneira, uma nova norma nunca é normal ou patológica a

2 O termo “lesão” foi escolhido para traduzir “impairment” para fazer referência explícita à teoria social da deficiência, a qual o critério (c) se refere.

priori; o que define seu *status* depende da capacidade do organismo de organizar o meio interno e externo de acordo com suas necessidades. Apesar do conceito de se referir a uma propriedade intrínseca de todos os seres vivos e, portanto, não ser um mero reflexo da *episteme*, é claro que Canguilhem está ciente de como a definição do que é “normal” será sempre em parte estabelecida pelo contexto social: “É sempre a relação com o indivíduo doente, por intermédio da clínica, que justifica a qualificação de patológico” (Canguilhem, 1966/2009, p. 93). Assim, mesmo quando o fisiologista e o patologista (e não o clínico) identificam uma distinção entre o normal e o patológico, essa identificação “em terceira pessoa” faz com que seja impossível não introduzir uma dimensão avaliativa e subjetiva à distinção (Méthot, 2009).

Esse foco na plasticidade também pode conduzir os modelos híbridos a levar em consideração uma neurobiologia que não é estática, mas marcada precisamente pela variação dinâmica de suas funções. Algumas dessas concepções já estavam presentes, por exemplo, na ideia de organodinamismo de Henri Ey (Ey et al., 1996) e na neuropsicologia luriana (Luria, 1981). A incorporação recente da epigenética nos modelos biológicos do funcionamento cerebral, bem como sua relação com eventos de vida estressantes, eventos adversos da infância, violência, e outras dimensões psicossociais do sofrimento psíquico, vêm apontando um caminho de restaurar o peso do ambiente social à psicopatologia, levando a uma espécie de “virada social” nas ciências biológicas (Faria Jr et al., 2018; Freitas-Silva & Ortega, 2014, 2016; Maximino, 2023; Ortega & Vidal, 2019). Ainda assim, o apelo à epigenética pode reconduzir a um modelo híbrido “biopsicossocial” em que “as formas corpóreas, as capacidades intelectuais e as formas de conduta dos seres humanos se especificam independentemente e são anteriores à sua implicação em contextos práticos da atividade ambiental” (Ingold, 2008, p. 12). Ainda que a epigenética implique em um olhar para o dinamismo, é fundamental que ela seja incorporada, no contexto dos modelos híbridos, a partir de uma perspectiva ecológica e relacional, em que não é mais possível realizar separações estritas entre organismo e pessoa, e entre pessoa e ambiente,

porque essa tríade se constrói em um processo de desenvolvimento de uma totalidade formada (Ingold, 2008). Assim, para que essa dimensão seja incorporada de maneira adequada a um modelo híbrido, é fundamental tratar “o organismo não como uma entidade discreta e pré-programada, mas como um lócus de crescimento e desenvolvimento concreto dentro de um campo contínuo de relações” (Ingold, 2008, p. 31).

Transtornos Como Problemas Sociais

De onde surge, entretanto, a dimensão avaliativa? Se, por um lado, tanto Wakefield quanto Canguilhem apostam na normatividade biológica (Veit, 2023), o problema da *episteme* aponta para fatores histórico-culturais como fonte importante do normativismo (Berrios, 2013). Entretanto, o problema da *episteme* também aponta para uma dificuldade de ordem prática: como definir o campo da intervenção para além de uma mera *afirmação* de normatividade (Ereshefsky, 2009)? Uma resposta bastante citada é a de Graham (2013), que afirma ser possível definir critérios e normas objetivas para definir o que são ou deveriam ser transtornos mentais, dado que esses representam deficiências ou disfunções clinicamente significativas em processos psicológicos básicos (como a racionalidade, a orientação espacial/temporal/de si, a capacidade de compreender o eu e o mundo, e a capacidade de se comunicar), e não meramente estados indesejáveis sob um dado horizonte histórico-cultural particular. Assim, seria possível estabelecer um domínio de disfunções que, ainda que sejam margeadas por valores, o são de maneira culturalmente independente, dado que refletiriam um “universal psicológico” humano. Alterações nesses processos psicológicos básicos a que Graham (2013) se refere resultam em prejuízos ao indivíduo, ainda que esses prejuízos sejam definidos socialmente. O termo “básico” se refere àquelas funções psicológicas fundamentais para viver uma “vida decente” ou pessoalmente satisfatória. Graham se refere ao experimento mental de John Rawls (1977/2019) para sugerir que processos psicológicos básicos “saudáveis” são “bens primários” que qualquer indivíduo iria

escolher possuir, independentemente de qualquer conhecimento sobre os impactos desses processos em *status* social, capacidades, ou quaisquer outros fatores que representem sua concepção pessoal de uma “boa vida”. Por apoiar-se em Rawls – um filósofo que têm sido criticado por produzir uma teoria apologética ao *status quo*, na medida em que exclui a possibilidade de que a injustiça tem raiz nas relações sociais capitalistas (Wolff, 1977) –, não surpreende que a lista de “bens psicológicos primários” de Graham inclua a capacidade de orientação corporal/espacial e histórica/temporal, a capacidade de compreender a si mesmo e ao mundo, a capacidade de se comunicar e se engajar emocionalmente com o outro, a capacidade de assumir responsabilidades, e a capacidade de tomar decisões.

Como aponta Varga (2012, 2015), esse apoio em Rawls como estratégia de produção de universais objetivos abre um flanco para a crítica. Os “bens psicológicos primários” são apoiados em uma visão particular do que seria uma “boa vida” e, portanto, revelam-se normativos, apesar das intenções de Graham em criar um padrão ou norma “culturalmente neutra ou não enviesada socialmente” (Graham, 2013, p. 121). Por exemplo, se tomarmos a capacidade de se comunicar e se engajar emocionalmente com o outro, seguindo Graham, as tomaríamos como um “bem psicológico primário – novamente, algo ao qual qualquer indivíduo, por trás do “véu da ignorância”, escolheria possuir. Entretanto, essa universalidade pode ser contestada olhando-se para as reações de movimentos de autistas e da neurodiversidade, que rejeitam a ideia de que o autismo seja uma doença a ser curada, enquadrando-o como uma diferença humana que deve ser respeitada como as outras (Ortega, 2009). Assim, ser autista não é *a priori* um transtorno, já que o que define o autismo como tal é precisamente uma organização social (com seu próprio conceito de “boa vida”) que dá mais importância para determinadas formas de interação social. Esse exemplo mostra como “os requerimentos sociais com os quais fazemos atribuições de disfunção ou deficiência são *avaliativos* antes de tudo, e concernem o desempenho de tarefas que uma dada sociedade atribui alguma forte importância” (Glackin, 2010, p. 7) – ainda que, obviamente, essas

“sociedades” não sejam nem a-históricas, nem unificadas em suas avaliações.

Assim, parece não ser possível ancorar os juízos sobre doença ou transtorno em um conjunto de valores universais, independentes das relações sociais em que se inserem. Glackin (2019) sugere que a origem dos juízos avaliativos sobre doença é política, no sentido de que tanto indivíduos quanto sociedades os realizam, e que muitas vezes os juízos entram em conflito entre si. Em um cenário em que o controle social em saúde é debatido (Costa & Vieira, 2013; Godfrey & Wistow, 1997; Rose, 2008; Tambuyzer et al., 2014; Valla, 1998), existem múltiplos atores que podem se engajar em um diálogo acerca desses juízos – usuários de serviços de saúde, suas famílias, profissionais de saúde, pesquisadores, financiadores, etc. Como esses atores estão mergulhados na prática social das intervenções em saúde, a divisão boorseana entre um conceito “teórico” e um conceito “prático” de doença é impossível (Glackin, 2019; Kingma, 2014; Saborido & Zamora-Bonilla, 2024). Isso retorna o problema da doença para o domínio do social: a dimensão normativa/avaliativa das doenças não é normativa somente porque envolve a valoração produzida pelos indivíduos, mas principalmente porque “envolvem direitos e deveres, status e papéis institucionais ou culturais” (Saborido & Zamora-Bonilla, 2024, p. 11). Ou, como diria Franco Basaglia:

“[s]e considerarmos a doença mental uma contradição do homem que pode ser verificada em qualquer tipo de sociedade, pode-se também dizer que cada sociedade faz da doença aquilo que mais lhe convém, e é a face social que daí se constrói para a doença que será depois determinante de sua evolução” (Basaglia, 2010, p. 201–202).

Podemos argumentar que a dimensão normativa da doença – em especial do transtorno mental – se insere, em uma sociedade capitalista, sobretudo no âmbito da produtividade: “O capitalismo definiu a ‘saúde’ em si mesma como a capacidade de submeter-se ao trabalho” (Adler-Bolton & Vierkant, 2022, p. 65) – o que Basaglia chama de “ideologia do desvio como problema sociopsiquiátrico” (Basaglia, 2010, p. 171). Não se pode esquecer ainda como

determinadas formas de pensar *diagnóstico* – em especial aquelas ancoradas no naturalismo, como se apresentam no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais e na Classificação Internacional de Doenças – operam:

um conjunto de interesses bastante específicos, que vai das indústrias farmacêuticas [...] aos centros de formação e pesquisa universitária e seus sistemas de financiamento, à padronização global das formas de sofrimento [...], à cultura do desempenho nas empresas [...] e nas escolas, além do barateamento da saúde pública para o Estado, que se desincumbe de estratégias mais dispendiosas ao custo de uma medicalização massiva e crônica dos pacientes (Dunker, 2018, p. 320).

Assim, ao serem colocados fora dos princípios normativos para os quais as políticas públicas e a lógica do trabalho são estruturadas, os indivíduos considerados doentes tornam-se parte, aguda ou cronicamente, de um “exército industrial de reserva” (o que Adler-Bolton e Vierkant chamam de “excedente”) que não pode participar dos mecanismos de produção de valor que são dominantes em sociedades capitalistas (isto é, mais-valia); ao serem excluídos dessa participação, também são excluídos das recompensas que as acompanham (Adler-Bolton & Vierkant, 2022; Basaglia, 2010). A condição de estar doente, claramente, depende metafisicamente de uma base biológica e/ou psicológica (Conley & Glackin, 2021; Glackin, 2010, 2019), mas a categoria de doença é criada socialmente por arranjos socioeconômicos: “Ainda que a população excedente contenha aqueles que são deficientes, incapacitados, doentes, loucos, ou com doenças crônicas, a vulnerabilidade característica do excedente não é inerente à existência – isto é, não é qualquer doença, deficiência, ou característica patologizada que por si só torna o excedente vulnerável. Ao invés disso, sua vulnerabilidade é construída pelas operações do estado capitalista” (Adler-Bolton & Vierkant, 2022, p. 23). Essas operações transformam um dado estado biológico e/ou psicológico em um estado patológico – isso é, emprestam o conjunto de determinações sociais e políticas que definem a dimensão avaliativa da doença em uma sociedade capitalista.

Conclusão

Segundo Glackin (2019), afirmamos que, ainda que o que chamamos de “transtorno mental” seja metafisicamente dependente de uma base biológica e/ou psicológica, a dimensão avaliativa é inescapavelmente social. Assim, não é possível basear um juízo sobre o que é ou não um transtorno na estatística, na neurobiologia, ou na história evolutiva. Esses juízos são sempre já emaranhados na realidade sociocultural e política: “todo juízo de ‘disfunção’ médica ou psiquiátrica reflete nossa vontade ou relutância coletivas em tolerar e/ou acomodar as condições médicas ou psiquiátricas em questão” (Glackin, 2010, p. 7).

Isso não significa que os fatos científicos objetivos acerca dos transtornos – sua base biológica e psicopatológica, sua epidemiologia, seus determinantes sociais – sejam irrelevantes; entretanto, esses fatos não são suficientes para um juízo acerca do que é ou não um transtorno. As prioridades que são dadas por uma comunidade para os juízos avaliativos sempre são, a princípio, abertas a mudanças reflexivas, o que aponta para a importância da dimensão ético-política.

[D]oença, deficiência e loucura são categoricamente construções sociais que não se encaixam nos corpos aos quais esses rótulos são usados para demarcar como fardo. Mas não é que essas categorias não existam. A rejeição categórica desses rótulos, como praticada especialmente por alguns críticos da saúde e do capital em meados do século XX, também pode produzir uma rejeição categórica dos corpos que foram marcados dessa forma. Vimos movimentos sociais, ao refutar os estigmas que o capital impõe a essas biocertificações, de fato abandonarem as necessidades materiais do excedente em um ataque de zelo utópico, como se, pelo fato de o capital tê-las moldado, a simples afirmação de que elas não existem fosse, por si só, desfazer a violência do capital (Adler-Bolton & Vierkant, 2022, p. 208).

Isso não significa que a atribuição do que

seja um transtorno seja arbitrária ou relativa; de fato, o campo da saúde mental só tem a ganhar em pluralidade ao considerar as diferentes visões sobre o que é ou não seu objeto (Beresford, 2016; Glackin, 2010) – visões essas que, muitas vezes, são contraditórias entre si. A atuação em saúde mental deveria, sobretudo, esforçar-se por expandir a plasticidade dos indivíduos quando esses assim o desejam, e avançar o “jogo de contradições” basagliano. Parafraseando Franco Basaglia, a produção dos debates em torno da medicalização, da patologia, e do transtorno mental implica em “viver dialeticamente as contradições do real”:

Se essas contradições – ao invés de serem ignoradas ou descartadas programaticamente na tentativa de criar um mundo ideal [em que o *status* de doença é definido *a priori* por valores universais ou por referência à biologia] – são enfrentadas dialeticamente, [...] de modo a permitir compreender sua dinâmica interna, então [podemos avançar em uma concepção emancipadora de transtorno e de medicalização]. Mas a dialética só existe quando há mais de uma possibilidade, ou seja, uma alternativa (Basaglia, 2022, p. 307).

Para evitar a “armadilha Szasziana” de negar a materialidade dos processos psicopatológicos (Adler-Bolton & Vierkant, 2022; Aftab, 2016; Chapman, 2023), é preciso dialetizar propriamente esses processos, tomando sua dependência metafísica da psicobiologia como dada, mas, sobretudo, como parte de um processo que têm em sua dimensão normativa um importante fundamento de compromisso ético-político. Aprofundar esse debate, disputar espaços, e avançar o “jogo de contradições” parecer ser tarefa fundamental no momento.

Referências

- Adler-Bolton, B., & Vierkant, A. (2022). *Health Communism: A Surplus Manifesto*. Verso.
- Aftab, A. (2016). Mental Disorders and Naturalism. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 11, 10–12. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2016.110304>
- Basaglia, F. (2010). *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica* (P. Amarante, Org.; J. A. D. Melo, Trad.). Garamond.
- Basaglia, F. (2022). A liberdade comunitária como alternativa ao retrocesso institucional. *Libertas*, 22, 302–315. <https://doi.org/10.34019/1980-8518.2021.v21.38182>
- Beresford, P. (2016). The role of survivor knowledge in creating alternatives to psychiatry. Em J. Russo & A. Sweeney (Orgs.), *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering Mad Studies* (p. 25–34). PCCS Books.
- Berrios, G. E. (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Fondo de Cultura Económica.
- Bolton, D. (2008). *What is Mental Disorder?: An Essay in Philosophy, Science, and Values*. OUP Oxford.
- Boorse, C. (1976). What a Theory of Mental Health should be. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 6, 61–84. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1976.tb00359.x>
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44, 542–573.
- Boorse, C. (1997). A Rebuttal on Health. Em J. M. Humber & R. F. Almeder (Orgs.), *What Is Disease?* (p. 1–134). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-59259-451-1_1
- Brüne, M. (2015). *Textbook of Evolutionary Psychiatry and Psychosomatic Medicine: The Origins of Psychopathology*. Oxford University Press.
- Canguilhem, G. (2009). *O Normal e o Patológico* (M. T. R. de C. Barrocas, Trad.; 6ª ed.). Forense Universitária. (Trabalho original publicado 1966)
- Chapman, R. (2023). *Empire of Normality: Neurodiversity and Capitalism* (1ª edição). Pluto Press.







- Conley, B. A., & Glackin, S. N. (2021). How to Be a Naturalist and a Social Constructivist about Diseases. *Philosophy of Medicine*, 2, 1–21. <https://doi.org/10.5195/pom.2021.18>
- Costa, A. M., & Vieira, N. A. (2013). Participação e controle social em saúde. In Fundação Oswaldo Cruz (Org.), *A saúde no Brasil em 2030: organização e gestão do sistema de saúde* (Vol. 3, p. 237–271). Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. <https://doi.org/10.7476/9788581100173>
- Diniz, D. (2007). *O que é deficiência*. Brasiliense.
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5, Artigo 4. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Dubrovsky, B. (2002). Evolutionary psychiatry. Adaptationist and nonadaptationist conceptualizations. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 26, 1–19. [https://doi.org/10.1016/S0278-5846\(01\)00243-3](https://doi.org/10.1016/S0278-5846(01)00243-3)
- Dunker, C. (2018). Crítica da razão diagnóstica: Por uma psicopatologia não-toda. Em V. Safatle & N. Silva Jr (Orgs.), *Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico* (pp. 317–351). Autêntica.
- Engelhardt Jr, H. T. (1996). *The Foundations of Bioethics*. Oxford University Press.
- Epstein, B. (2015). *The Ant Trap: Rebuilding the Foundations of the Social Sciences*. Oxford University Press.
- Ereshefsky, M. (2009). Defining ‘health’ and ‘disease’. *Studies in History and Philosophy of Science Part C*, 40, 221–227. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2009.06.005>
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. H. (1996). *Tratado de psiquiatria* (8ª ed.). Masson. (Trabalho original publicado 1965)
- Faria Jr., A. J. P., Neris, A. R. M. de T., & Oliveira, I. P. de. (2018). Epigenética e Psicologia: Uma Possibilidade de Encontro entre o Social e o Biológico. *Revista Internacional em Língua Portuguesa*, 34, 15–36. <https://doi.org/10.31492/2184-2043.RILP2018.34/pp.15-36>
- Freitas-Silva, L. R., & Ortega, F. (2016). A determinação biológica dos transtornos mentais: Uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00168115. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00168115>
- Freitas-Silva, L. R., & Ortega, F. J. G. (2014). A epigenética como nova hipótese etiológica no campo psiquiátrico contemporâneo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24, 765–786. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300006>
- Fuchs, T. (2012). Are mental illnesses diseases of the brain? Em S. Choudhury & J. Slaby (Eds.), *Critical neuroscience: A handbook of the social and cultural contexts of neuroscience* (pp. 331–344). Blackwell Publishing Ltd.
- Fulford, K. W. M. (1989). *Moral Theory and Medical Practice*. Cambridge University Press.
- Fulford, K. W. M., & van Staden, C. W. (2013). Values-based practice: Topsy-turvy take-home messages from ordinary language philosophy. In K. W. M. Fulford, M. Davies, R. G. T. Gipps, G. Graham, J. Sadler, G. Stanghellini, & T. Thornton (Orgs.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp. 385–410). Oxford University Press.
- Gannon, L. (2002). A critique of evolutionary psychology. *Psychology, Evolution & Gender*, 4, 173–218. <https://doi.org/10.1080/1461666031000063665>
- Giroux, É. (2009). Définir objectivement la santé: Une évaluation du concept bio statistique de Boorse a partir de l'épidémiologie moderne. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 134, 35–58. <https://doi.org/10.3917/rphi.091.0035>
- Glackin, S. N. (2010). Tolerance and Illness: The Politics of Medical and Psychiatric Classification. *Journal of Medicine and Philosophy*, 35, 449–465. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhq035>
- Glackin, S. N. (2019). Grounded Disease: Constructing the Social from the Biological in Medicine. *The Philosophical Quarterly*, 69(275), 258–276. <https://doi.org/10.1093/pq/pqy063>

- Godfrey, M., & Wistow, G. (1997). The user perspective on managing for health outcomes: The case of mental health. *Health & Social Care in the Community*, 5, 325–332. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.1997.tb00129.x>
- Goosens, W. K. (1980). Values, Health, and Medicine. *Philosophy of Science*, 47, 100–115. <https://doi.org/10.1086/288912>
- Graham, G. (2013). *The disorderd mind: An introduction of philosophy of mind and mental illness* (2^a ed.). Routledge.
- Grossi, G., Kelly, S., Nash, A., & Parameswaran, G. (2014). Challenging dangerous ideas: A multidisciplinary critique of evolutionary psychology. *Dialectical Anthropology*, 38, 281–285. <https://doi.org/10.1007/s10624-014-9358-x>
- Hacking, I. (1995). The looping effects of human kinds. Em D. Sperber, D. Premack, & A. J. Premack (Orgs.), *Causal cognition: A multidisciplinary debate* (pp. 351–394). Clarendon Press/Oxford University Press.
- Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What?* Harvard University Press.
- Hacking, I. (2004). *Historical Ontology*. Harvard University Press.
- Hull, D. L. (1978). A Matter of Individuality. *Philosophy of Science*, 45, 335–360. <https://doi.org/10.1086/288811>
- Imaguire, G. (2022). Prioridade Metafísica. In R. Santos & P. Galvão (Orgs.), *Compêndio em Linha de Problemas de Filosofia Analítica* (pp. 1–25). Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa. <https://doi.org/10.51427/cfi.2021.0096>
- Ingold, T. (2008). Tres en uno: Cómo disolver las distinciones entre cuerpo, mente y cultura. In T. Sánchez Criado (Org.), *Tecnogénesis: La construcción de las ecologías humanas* (Vol. 2, pp. 1–33). AIBR.
- Jefferson, A. (2024). *Are Mental Disorders Brain Disorders?* Routledge.
- Kendell, R. E. (1975). The concept of disease and its implications for psychiatry. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 127, 305–315. <https://doi.org/10.1192/bjp.127.4.305>
- Kendell, R. E., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4–12. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.4>
- Kingma, E. (2013). Naturalist accounts of mental disorder. In K. W. M. Fulford, M. Davies, R. Gipps, G. Graham, J. Sadler, G. Stanghellini, & T. Thornton (Orgs.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp. 363–384). Oxford University Press.
- Kingma, E. (2014). Health and disease: Social constructivism as a combination of naturalism and normativism. In H. Carel & R. Cooper (Orgs.), *Health, illness & disease: Philosophical essays* (p. 268). Routledge.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Kleinman, A. M. (1977). Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry”. *Social Science & Medicine*, 11, 3–10. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(77\)90138-x](https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90138-x)
- Kukla, R. (2015). Medicalization, “Normal Function,” and the Definition of Health. In J. D. Arras, E. Fenton, & R. Kukla (Orgs.), *The Routledge Companion to Bioethics* (pp. 515–530). Routledge.
- Loughlin, M., & Miles, A. (2014). Psychiatry, objectivity, and realism about value. Em P. Zachar, D. St. Stoyanov, M. Aragona, & A. Jablensky (Orgs.), *Alternative perspectives on psychiatric validation: DSM, IDC, RDoC, and Beyond* (pp. 146–163). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199680733.003.0009>
- Luria, A. R. (1981). *Fundamentos de neuropsicologia* (R. J. Aranha, Trad.). Livros Técnicos e Científicos / EDUSP.
- Margolis, J. (1976). The Concept of Disease. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 1, 238–255. <https://doi.org/10.1093/jmp/1.3.238>
- Maximino, C. (2023). Biocultural psychopathology as a new epistemology for mental disorders. *History of Psychiatry*, 0957154X231168080. <https://doi.org/10.1177/0957154X231168080>

- McGuire, M., & Troisi, A. (1998). *Darwinian Psychiatry*. Oxford University Press.
- McKinnon, S. (2021). *Genética neoliberal: Uma crítica antropológica da psicologia evolucionista* (H. do Amaral, Trad.). Ubu Editora.
- Méthot, P.-O. (2009). French epistemology overseas: Analyzing the influence of Georges Canguilhem in Québec. *Humana.Mente*, 9, 39–58.
- Murphy, D. (2012). *Psychiatry in the Scientific Image*. MIT Press.
- Murphy, D. (2014). Validity, realism, and normativity. Em P. Zachar, D. St. Stoyanov, M. Aragona, & A. Jablensky (Eds.), *Alternative Perspectives on Psychiatric Validation: DSM, IDC, RDoC, and Beyond* (pp. 60–75). Oxford University Press.
- Nesse, R. M. (1994). *Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine*. Times Books.
- Nesse, R. M. (2000). Is Depression an Adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57, 14–20. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.1.14>
- Nesse, R. M. (2023). Evolutionary psychiatry: Foundations, progress and challenges. *World Psychiatry*, 22(2), 177–202. <https://doi.org/10.1002/wps.21072>
- Nesse, R. M., & Ellsworth, P. C. (2009). Evolution, emotions, and emotional disorders. *American Psychologist*, 64, 129-139. <https://doi.org/10.1037/a0013503>
- Nordenfelt, L. (2003). On the evolutionary concept of health: Health as natural function. Em L. Nordenfelt & P.-E. Liss (Orgs.), *Dimensions of health and health promotion* (pp. 37–53). Rodopi.
- Nordenfelt, L. (2007). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 10, 5–10. <https://doi.org/10.1007/s11019-006-9017-3>
- Oliver, M. (2018). *Understanding Disability: From Theory to Practice*. Bloomsbury Publishing.
- Ortega, F. (2009). Deficiência, autismo e neurodiversidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 67–77. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100012>
- Ortega, F., & Vidal, F. (2019). *Somos nosso cérebro?: Neurociências, subjetividade, cultura* (A. Martins, Trad.; 1ª edição). N-1 Edições.
- Panksepp, J., & Panksepp, J. B. (2001). A continuing critique of evolutionary psychology: Sevens sins for seven sinners, plus or minus two. *Evolution and Cognition*, 7, 1–25.
- Papineau, D. (1994). Mental Disorder, Illness and Biological Disfunction. *Royal Institute of Philosophy Supplements*, 37, 73–82. <https://doi.org/10.1017/S135824610000998X>
- Patil, T., & Giordano, J. (2010). On the ontological assumptions of the medical model of psychiatry: Philosophical considerations and pragmatic tasks. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 5, 3. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-5-3>
- Rawls, J. (2019). *Uma teoria da justiça*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado 1977)
- Rose, D. (2008). Madness strikes back. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18, 638–644. <https://doi.org/10.1002/casp.981>
- Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX, 460-483.
- Sabbarton-Leary, N., Bortolotti, L., & Broome, M. R. (2014). Natural and para-natural kinds in psychiatry. In P. Zachar, D. St. Stoyanov, M. Aragona, & A. Jablensky (Eds.), *Alternative Perspectives on Psychiatric Validation: DSM, IDC, RDoC, and Beyond* (pp. 76–93). Oxford University Press.
- Saborido, C., & Zamora-Bonilla, J. (2024). Diseases as social problems. *Synthese*, 203, 56. <https://doi.org/10.1007/s11229-023-04468-w>
- Safatle, V. (2011). O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiae Studia*, 9, 11–27.
- Safatle, V. (2021). A economia é a continuação da psicologia por outros meios: Sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. Em V. Safatle, N. Silva Jr, & C. Dunker (Eds.), *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (pp. 11–38). Autêntica.

- Scadding, J. G. (1990). The semantic problems of psychiatry. *Psychological Medicine*, 20, 243–248. <https://doi.org/10.1017/S0033291700017566>
- Sedgwick, P. (1982). *Psycho Politics: Laing, Foucault, Goffman, Szasz, and the Future of Mass Psychiatry*. Harper & Row.
- Sober, E. (1980). Evolution, Population Thinking, and Essentialism. *Philosophy of Science*, 47, 350–383. <https://doi.org/10.1086/288942>
- Sullivan, D., Palitsky, R., & Young, I. F. (2018). The role of cultural beliefs and existential motivation in suffering perceptions. In B. Rutjens & M. Brandt (Eds.), *Belief Systems and the Perception of Reality* (pp. 97–114). Routledge.
- Szasz, T. S. (1979). *O Mito da Doença Mental*. Zahar.
- Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2014). Patient involvement in mental health care: One size does not fit all. *Health Expectations*, 17, 138–150. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x>
- Valla, V. V. (1998). Sobre a participação popular: Uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 7–18.
- Varga, S. (2012). Book review: The Disordered Mind: An Introduction to Philosophy of Mind and Mental Illness, by George Graham. *Mind*, 121, 1064–1068.
- Varga, S. (2015). *Naturalism, interpretation, and mental disorder*. Oxford University Press.
- Vasconcellos, S. J. L., & Gauer, G. J. C. (2004). A abordagem evolucionista do transtorno de personalidade anti-social. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26, 78–85. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000100011>
- Veit, W. (2023). Two Kinds of Biological Normativity. *Teorema*, 42, 77–100.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *The American Psychologist*, 47, 373–388. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.3.373>
- Wakefield, J. C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*, 19, 337–351. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.492418>
- Wakefield, J. C. (2011). Darwin, functional explanation, and the philosophy of psychiatry. In P. R. Adriaens & A. De Block (Eds.), *Maladapting Minds: Philosophy, Psychiatry, and Evolutionary Theory* (p. 143–172). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199558667.003.0006>
- Willoughby, C. D. E. (2018). Running Away from Drapetomania: Samuel A. Cartwright, Medicine, and Race in the Antebellum South. *Journal of Southern History*, 84, 579–614.
- Wolff, R. P. (1977). *Understanding Rawls: A reconstruction and critique of A Theory of Justice*. Princeton University Press.
- Zorzaneli, R. T., Ortega, F., & Bezerra Júnior, B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 1859–1868. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>

O papel das Assembleias em um Centro de Atenção Psicossocial do interior de Minas Gerais: relato de experiência

Ana Júlia Thomazella Bertolini¹ , Camila Okubo² , Maria Eduarda Silva Ferreira³ ,
Rafaela Brunelli Daniel⁴ , Silvia Rosa Prieto Urzêdo⁵  e Tiago Humberto Rodrigues Rocha⁶ 

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais

Resumo: A Reforma Psiquiátrica Brasileira alterou as formas de pensar o cuidado em saúde mental, criando locais próprios à convivência e ao acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico. Esses espaços passaram a ser coconstruídos pelos usuários, podendo participar das decisões que lhes dizem respeito. Pensando em tais mudanças, este artigo objetiva compartilhar vivências de cinco graduandas de Psicologia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), aproximando teoria e prática abordadas no curso. A experiência é baseada em visitas a um CAPS, que possibilitou aprofundamento na temática das Assembleias. Foram realizadas seis visitas de duas horas no primeiro semestre de 2023, durante uma disciplina de estágio básico. Essas visitas foram relatadas em diários de campo e parte delas foram extraídas para composição do relato. O intuito da experiência foi a observação e a interação com os usuários desse CAPS. As análises realizadas a partir das observações, foram organizadas em três temas: o papel das Assembleias no cotidiano do CAPS; a Assembleia como local político; trocas e acolhimento afetivo. A partir dessa experiência, conclui-se que as Assembleias são fundamentais para o funcionamento dos CAPS, pois seguem os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dão um lugar ativo de voz e gestão aos usuários.

Palavras-chave: assembleias, centro de atenção psicossocial, autogestão

The Assemblies role at a Psychosocial Care Center in Minas Gerais interior: experience report

Abstract: The Brazilian Psychiatric Reform changed the ways of thinking about mental health care, creating places for coexistence and monitoring of people with psychological distress. These spaces began to be coconstructed by users, who can participate in decisions that concern them. Thinking about these changes, this article aims to share the experiences of five Psychology undergraduates at a Psychosocial Care Center (CAPS), bringing together theory and practice covered in the course. The experience is based

¹ Acadêmica do curso de Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais. *E-mail:* Ana.jtbertolini@gmail.com

² Acadêmica do curso de Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais. *E-mail:* camiokubo99@gmail.com

³ Acadêmica do curso de Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais. *E-mail:* mariaeduardasferreira.ii@gmail.com

⁴ Acadêmica do curso de Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais. *E-mail:* rafaelabrunellidaniel@gmail.com

⁵ Acadêmica do curso de Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais. *E-mail:* silviaurzedeo13@gmail.com

⁶ Psicólogo Psicanalista. Doutor, com dupla titulação, em Psicologia Social (USP-SP) e pela Université de Rennes 2 (França). Professor do Departamento de Psicologia (IELACHS) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais. *E-mail:* tiago.rocha@uftm.edu.br

on visits to a CAPS, which allowed a deeper understanding of the Assemblies theme. Six two-hour visits were done in the 2023 first semester during a basic internship subject. These visits were reported in field diaries, and some of them were extracted for the purpose of this report. The experience's intention was to observe and interact with users of this CAPS. The analyzes carried out based on the observations were organized into three themes: The role of Assemblies in the daily of CAPS; The Assembly as a political space; Exchange and emotional reception. From this experience, it is concluded that Assemblies are essential to the functioning of CAPS, as they follow the principles of the Brazilian Psychiatric Reform and provide an active place for users' voice and management.

Keywords: assemblies, psychosocial care center, self-management

Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), como um serviço substitutivo à lógica manicomial. A psiquiatria, em seu modelo clássico, tornou-se um imperativo de ordenação dos sujeitos, amplamente difundido na segunda metade do século XIX. A partir de Philippe Pinel, que pretendia ser libertador ao tirar os loucos das correntes, a psiquiatria torna-se estatuto da ciência sustentada na Medicina, passando a loucura a ser reconhecida como doença mental. Após essa classificação e agrupamento, o adoecimento psíquico passou a ser tratado em instituições específicas, com o objetivo de cura, dando início à difusão do modelo asilar. Essa lógica é marcada pela exclusão do convívio social e rompimento de vínculos, com foco na doença, e não no sujeito e suas relações, além de ser segregadora, higienista e tutelar (Amarante, 1998; Bongiovanni & Silva, 2019; Menezes & Pegoraro, 2019; Silva et al., 2018).

As características dos tempos de psiquiatria clássica e manicômios perduram, de uma forma ou de outra, por todos os cantos. Passos (2018) aponta que a lógica manicomial é estruturada para além das paredes dos manicômios; assim, a naturalização das violências sobre os corpos dos sujeitos, especialmente negros e pobres, é recorrente mesmo hoje. Ainda que os hospitais psiquiátricos, em geral, não façam parte da realidade atual, o autor discute as novas formas de "apartheid social" (Passos, 2018, p. 13)

por meio da medicalização e patologização da vida, por exemplo. Além disso, há um racismo estrutural envolto na sociedade que atravessa o campo da saúde mental e da atenção psicossocial desde o início do pensamento divergente ao da manicomialização (Passos, 2019).

Apesar disso, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, tentando recorrer a outros modos de pensar a saúde mental, é marcada pela crítica à estrutura manicomial, responsável pelo alto índice de cronificação dos transtornos. Concomitantemente, soma-se o processo de redemocratização do Brasil, que favoreceu esse movimento, em meio a uma crise teórica e prática da psiquiatria e dos hospitais psiquiátricos, devido ao surgimento de grandes críticos ao modelo, dentre os quais se destacam Foucault, Goffman, Basaglia e Fanon (Amarante, 1998; Bongiovanni & Silva, 2019; Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2022; Leal & Antoni, 2013; Menezes & Pegoraro, 2019; Silva et al., 2018; Vieira et al., 2018; Passos, 2019).

A partir das consequências da RPB e de intenso movimento social, bem como das denúncias das situações precárias dos hospitais psiquiátricos, criou-se, no Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída oficialmente pela portaria nº 3.088, de dezembro de 2011 (Pereira, 2016). Tal portaria tem como finalidade a "criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental [...] no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)" (Ministério da Saúde, 2011, p.18).

Em decorrência desse documento, segundo material informativo do Ministério da Saúde (2004), os CAPS, vão, então, se consolidando como dispositivos eficazes para a diminuição das internações e para a mudança do modelo assistencial e hospitalocêntrico. Eles têm a missão de proporcionar atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes. Nisso, se incluem cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando internações, e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e suas famílias, por meio do "acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários" (Ministério da Saúde, 2004, p. 13).

De acordo com as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (CFP, 2022), os CAPS têm alguns aspectos fundamentais. Dentre eles está o trabalho em equipe interdisciplinar, como uma estratégia de superação do modelo manicomial e biomédico. A atenção e cuidado integral ao sujeito fazem parte de outro aspecto, que parte da noção de que cada pessoa é um todo indivisível e social, e que, por isso, as ações de promoção, proteção e reabilitação não podem se dar de forma fragmentada, devendo se realizar a partir do apoio às relações de trocas sociais. O vínculo e a corresponsabilidade pelo cuidado também estão inseridos nos aspectos fundamentais das Referências Técnicas, que estabelece que a construção do vínculo do usuário com o serviço se inicia pelo acolhimento inicial, cujo objetivo é compreender a situação de forma mais abrangente. O quarto aspecto é o mais fundamental para o presente trabalho, pois diz respeito à participação dos usuários e trabalhadores na gestão do serviço (CFP, 2022).

Existem três atores fundamentais no campo da saúde pública: os gestores, os trabalhadores e os usuários; e o modelo de atenção depende da maneira como estes expressam suas intenções. Para isso, têm-se a gestão participativa como diretriz da Reforma Psiquiátrica e da política pública de saúde mental, em que as Assembleias concretizam esse objetivo, como um espaço pelo qual os usuários, as famílias, profissionais e comunidade podem manifestar-se sobre as questões relativas ao CAPS. O último aspecto fundamental é a educação permanente, que trata da necessidade da formação adequada dos trabalhadores, principalmente fora do modelo biomédico (CFP, 2022).

Pereira (2016) apresenta em seu estudo que a introdução das Assembleias como uma alternativa para a reabilitação social de pessoas com transtornos de personalidade foi realizada na década de 40 na Inglaterra. Tal experiência foi instituída por Maxwell Jones visando a discussão e a comunicação mais igualitária entre funcionários e pacientes de um hospital inglês. Esse novo modelo foi utilizado por Franco Basaglia de modo adaptado entre Assembleias-gerais e Assembleias de setores, as quais eram responsáveis por colaborar na gerência da rotina da instituição (Pereira, 2016).

Após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi possível observar uma movimentação semelhante nos CAPS presentes no Brasil, que persiste até a atualidade. A prática das Assembleias engloba a participação de todos os integrantes da instituição no processo de afirmação de possíveis singularidades, sendo realizada por meio de encontros e discussões, para que os sujeitos possam participar e manifestar suas reivindicações (CFP, 2022).

Anteriormente à implementação do sistema CAPS, os pacientes não possuíam autonomia e ocupavam um papel totalmente passivo em relação ao seu projeto terapêutico, sem poder decisório, e tendo a obrigação de acatar todas as prescrições da equipe de saúde (Pereira, 2016). De acordo com o CFP (2022), as práticas manicomiais utilizavam da tirania e do controle para retirar a autonomia das pessoas com sofrimento psíquico. Além disso, os manicômios representavam um caráter violento ao retirar dos sujeitos aquilo que tinham de si mesmos, fazendo-os identificar-se com aquela instituição, suas regras e decisões (CFP, 2022).

Contrariamente ao modelo manicomial, a atenção psicossocial no Brasil possui caráter inclusivo em relação aos usuários quanto à gestão do cotidiano das instituições, além de ressaltar que a participação social e política dos mesmos na produção de autonomia são elementos importantes para esse processo de desinstitucionalização (Pereira, 2016; Bongiovanni & Silva, 2019). Isso possibilita um papel protagonista dentre os processos relacionados à saúde. Tal quadro beneficia os usuários ao se tornarem corresponsáveis na administração da instituição, no próprio tratamento e nas decisões cotidianas (Pereira, 2016; Silva et al., 2022; Vieira et al., 2018). Ainda, isso pretende ocorrer por meio de um diálogo horizontalizado entre os usuários e profissionais dentro dos CAPS. Para tanto, visa-se um cuidado mais integral e emancipador do sujeito que se responsabiliza, tendo sua singularidade articulada à sua autonomia (Roosli et al., 2019).

Nesse sentido, as Assembleias fazem um importante papel de trazer o caráter de participação social e autonomia dentro dos CAPS. Para Escóssia (conforme citado em Pereira, 2016), tais Assembleias, enquanto espaços coletivos, estão sendo valorizadas por meio de políticas e programas governamentais

voltados à saúde pública brasileira. Esse contexto corrobora com a liberdade e a garantia do direito à cidadania das pessoas que necessitam de assistência em saúde mental (Figueirêdo et al., 2021).

No entanto, apesar dos avanços nas políticas de saúde, Bongiovanni e Silva (2019) afirmam que a lógica manicomial presente ainda hoje na sociedade é responsável por definir os espaços de circulação dos sujeitos que estão em sofrimento psíquico, de modo que os diferentes são marginalizados por meio do estigma social que sobre eles recai. Porém, por meio dos CAPS, os limites físicos que marcaram tal exclusão, como as paredes e grades dos hospitais psiquiátricos, puderam ser atravessados, de modo que as pessoas com sofrimento psíquico começaram a frequentar outros espaços (Figueirêdo et al., 2021). A partir disso, foi sendo construído “um novo lugar social para a loucura” (Amarante & Torre, 2017, conforme citado em Figueirêdo et al., 2021).

Assim, esse relato tem como objetivo compartilhar e discutir as vivências no CAPS proporcionadas pela disciplina, além de aproximar aspectos teóricos e práticos abordados durante a graduação. Cabe ressaltar a importância do compartilhamento de experiências como estas para a sociedade, considerando a necessidade de conscientização dos sujeitos sobre o papel social do CAPS e todas as transformações das quais esta instituição foi protagonista, principalmente ao devolver a autonomia e liberdade dos usuários em relação aos processos de saúde-doença.

Este relato também visa contribuir para pesquisas futuras sobre a temática e enriquecer reflexões sobre o cuidado em saúde mental. Apesar de todos os conhecimentos presentes nesse relato de experiência, deve-se considerar as limitações deste estudo, visto que sua realização contou com experiências vividas em apenas um CAPS, o que garantiu, por outro lado, um maior aprofundamento nas especificidades da instituição.

Método

O presente relato de experiência apresenta caráter descritivo e baseia-se em registros de diários de campo escritos individualmente por cinco graduandas

de um curso de Psicologia de uma Universidade do interior de Minas Gerais. Esses registros são frutos das vivências de uma prática proposta em uma disciplina realizada no estágio básico do Curso, durante o primeiro semestre de 2023.

A prática da disciplina correspondeu a seis visitas semanais orientadas em um CAPS tipo II da cidade em que se localiza a Universidade das discentes. Tais visitas foram realizadas em grupos e tinham duração de aproximadamente duas horas, com os seguintes objetivos: desenvolver habilidades de comunicação com os usuários da instituição e de observação sistemática do funcionamento do local; aproximar aspectos teóricos e práticos abordados durante a graduação em Psicologia; e proporcionar uma melhor compreensão sobre a realidade dos usuários e do CAPS como um todo.

Dessa forma, o processo de observação realizado pelas discentes durante as seis visitas pode ser descrito como “um recurso que permite examinar eventos, comportamentos ou fenômenos nas condições em que eles ocorrem” (Feriani et al., 2021, p. 158). Assim, após as observações nas visitas, as discentes registravam suas experiências e impressões em diários de campo, os quais foram utilizados nesse artigo como fonte de dados para os relatos que foram aproximados da literatura da área.

Ressalta-se que o diário de campo é um instrumento utilizado para anotações de vivências, reflexões, comentários pessoais e observações importantes para aquele que é considerado observador ou pesquisador naquela prática (Falkembach, 1987). Esse instrumento possibilita uma observação com maior atenção e uma descrição com maior precisão e abertura à reflexão. Em geral, pode ser descrito em três partes, sendo que a primeira descreve concretamente os fatos, a segunda interpreta o que foi observado e a terceira trás conclusões, desafios e questionamentos acerca dos acontecimentos (Falkembach, 1987).

Ademais, a disciplina contou, além das visitas ao CAPS, com supervisões acadêmicas que duravam cerca de uma hora e quarenta minutos. Durante esses momentos, as discentes receberam orientações sobre como as observações e conversas deveriam ser realizadas e sobre as condutas éticas

a serem seguidas dentro do CAPS. Ainda, foram levantadas discussões e reflexões a partir dos relatos das experiências vivenciadas durante as visitas.

Portanto, com o objetivo de relatar as experiências das discentes e compará-las com a literatura da área, há o intuito de evidenciar possíveis semelhanças e diferenças presentes entre o que foi observado ao longo das visitas e o que se apresenta sobre a temática em outros estudos científicos. Para tanto, buscou-se destacar relatos vivenciados especificamente durante as Assembleias do CAPS visitado. Ainda, foi realizada uma revisão bibliográfica para a construção de um referencial teórico a ser aproximado das experiências descritas.

Resultados e Discussão

Destaca-se que dentro de serviços públicos de saúde mental, é comum o entendimento da prática diária como algo desafiador. No caso dos CAPS, em que se prioriza o cuidado em liberdade e humanizado, o desafio se amplia também para que os preceitos da RPB sejam seguidos. Para isso, a lógica manicomial deve ser negada não somente no que diz respeito ao local concreto do manicômio, mas em todas as tentativas diárias de segregar, rejeitar as diferenças, subjugar capacidades ou negar direitos. Nesse sentido, o presente artigo conflui com o que afirmam Silva e Freitas (2020, p. 35): “faz-se urgente a divulgação de experiências de cuidado e convivência com a loucura que correspondam ao que propõe a Reforma Psiquiátrica, que visem a liberdade humana e a reconstrução dos vínculos que conectam as pessoas como seres iguais”.

Pretende-se facilitar a compreensão dos principais pontos observados no decorrer das visitas por meio de uma síntese das questões discutidas nas Assembleias, momentos que se destacaram devido a potência e amplitude de significados dentro de um CAPS. Nesse sentido, essa vivência foi marcada pelo encontro na prática daquilo que foi estudado acerca dos serviços substitutivos de saúde mental. As Assembleias representaram, então, um princípio vivo da luta antimanicomial, dando espaço de escuta e discussão para todos os presentes, indistintamente.

A partir disso, foram criados eixos temáticos que englobam momentos vivenciados nesse CAPS, sendo eles: o papel das *Assembleias no cotidiano do CAPS*; *A Assembleia como local político*; e *Trocas e acolhimento afetivo*.

O papel das Assembleias no cotidiano do CAPS

Acerca do funcionamento dos CAPS, estes devem oferecer atividades específicas, dentre as quais ressalta-se nesse trabalho as Assembleias, ou Reuniões de Organização de Serviço. Essa atividade é definida como “um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido” (Ministério da Saúde, 2004, p. 17).

Quanto às visitas realizadas no CAPS, foi possível a vivência de três Assembleias Gerais deste serviço. Nesses momentos, observou-se o importante papel que a atividade possui dentro da rotina da instituição. Em uma das visitas, a profissional que conduzia a Assembleia perguntou aos usuários acerca do motivo da presença de todos ali, ao que estes responderam que aquele seria um momento de “fala de todos” (sic), enquanto outros comentaram que gostavam daquela atividade.

Além disso, pôde ser evidenciada a posição de horizontalidade entre profissionais e usuários que, sentados lado a lado nos espaços da instituição, tinham igualmente o direito de falar e ser ouvidos. A exemplo, em uma das visitas foi presenciada uma conversa acerca do Holocausto Brasileiro, na qual profissionais e usuários discutiram quais foram as práticas violentas presentes nos manicômios nesse momento histórico, e como foram essenciais os avanços alcançados pela RPB. Ressalta-se que o Holocausto Brasileiro, como é chamado, trata-se das práticas manicomiais e desumanas ocorridas no Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, local em que cerca de 60 mil pacientes, com transtornos

psicológicos ou não, morreram por maus-tratos, torturas como o eletrochoque e descasos (Matos-de-Souza & Medrado, 2021).

Também foi discutida a diversidade étnica brasileira, momento em que usuárias e a profissional construíram uma reflexão sobre racismo. Tal cena está de acordo com o proposto pelo CFP (2022), ao dizer que as Assembleias tornam real o intuito de ser um espaço para que usuários, profissionais e familiares possam falar tanto de questões internas do próprio CAPS, quanto da RAPS e comunidade local. Também é essencial perceber o papel desse momento como aquele em que “é dada voz e é dado ouvidos para as necessidades e desejos dos desviados” (Martins, 2013, p. 39). Indo ao encontro do citado, uma das Assembleias evidenciou a relevância das sugestões dos usuários para os profissionais do CAPS, e outra trouxe a ideia de dar ouvidos para as falas dos usuários por meio da poesia, a qual foi construída em grupo nesse dia.

A presença dos familiares nas Assembleias deve também estar em destaque. No momento em que a psicóloga questiona sobre o não comparecimento de suas famílias naqueles momentos no CAPS, uma das usuárias relatou que seus familiares não gostavam de participar, e que alguns deles a maltratavam em casa. Essa situação confirma o que Menezes e Pegoraro (2019) e Silva et al. (2022) encontraram em seus estudos. No que diz respeito às dificuldades dentro dos CAPS, esses autores apontaram que isso é vivenciado na falta de envolvimento ou pouca adesão dos familiares no processo terapêutico e/ou nas Assembleias. Essa discussão também revela o papel das Assembleias como momento de questionamento dos próprios usuários e suas famílias, visando à melhoria dos cenários que são vistos como desafios naquela instituição.

Ainda em tempo, um importante papel das Assembleias é contemplado pelo CFP (2022), que afirma que a atuação do psicólogo no CAPS deverá visar uma clínica ampliada que busca o protagonismo, a autonomia e o empoderamento do usuário. O empoderamento dos usuários pôde ser observado quando em nenhum momento foi mencionado sobre questões relativas ao diagnóstico ou tratamento de algum usuário. O que pôde ser percebido foi a constante

presença da escuta das demandas e desejos daquelas pessoas acerca da instituição. De acordo com Junqueira et al. (2015, p. 36) “muitas vezes o sofrimento psíquico reduz a possibilidade de atuação das pessoas, ao limitar a existência com a doença.” Contudo, a vivência nesse CAPS enunciou um reconhecimento legítimo das falas dos usuários de modo a colocá-los como protagonistas de suas próprias histórias e da construção de seus cuidados na instituição.

As Assembleias como local de voz do sujeito

Ao abordar o Movimento Instituinte, Baremlitt (2002) apresenta dois processos que sustentam os ideais defendidos por este conjunto de escolas: a autoanálise e a autogestão. A autoanálise representa a atuação das comunidades como protagonistas de seus interesses, desejos e demandas, de maneira com que possam adquirir pensamentos e vocabulários próprios e tenham conhecimento acerca de suas vidas. Na autogestão, processo inerente à autoanálise, os coletivos podem deliberar e tomar decisões, comunicando-as de maneiras diretas.

A autogestão é base de um terreno no qual o institucionalismo francês floresceu. Esse movimento colocou à prova o poder hierárquico presente nas instituições, mostrando que ao autogerir-se, os grupos podem derrubá-lo. A derrubada se dá ao destituir o lugar de um líder e homogeneizar a gestão, ou funcionamento interno do grupo. Entretanto, para a efetiva implementação da autogestão, é necessário alcançar maior autonomia e liberdade a partir das práticas autogestivas (Passos et al., 2013; Lapassade, 1977).

Tendo em vista a gestão conjunta como produtora de maiores graus de participação dos grupos e autonomia (Campos et al., 2012), faz-se evidente uma aproximação entre o processo de organização das práticas institucionais no CAPS visitado e as práticas de autoanálise e autogestão. Ainda, levando em consideração que três atores devem operar no campo da saúde, gestores, trabalhadores e usuários (CFP, 2022), este modelo de atenção é definido a partir do modo como esses três atores se articulam e dos espaços de força política que ocupam.

De acordo com Kammer, Moro e Rocha (2020), a Assembleia apresenta-se como um espaço democrático, cujo objetivo é salientar a participação social e o empoderamento frente às temáticas de saúde mental. Durante os três dias em que as estudantes participaram das Assembleias, evidenciou-se a liberdade atribuída aos usuários e trabalhadores, para que expusessem suas opiniões livremente, deixando claro que se tratava de um espaço de igualdade quanto ao direito de fala.

No primeiro dia de participação, foram trazidas questões diversas acerca da dinâmica da instituição. Alguns dos tópicos presentes nas falas dos usuários foram a diferença entre frequentar um CAPS e um sanatório, a violência sofrida em outras instituições, e o respeito que os indivíduos sentem ao frequentar este CAPS. Além disso, quanto à participação de gestores e trabalhadores, foi observado que a profissional que conduzia a Assembleia trouxe à tona esclarecimentos relacionados à relevância da Reforma Psiquiátrica, bem como de um tratamento humanizado. Como exposto por Vieira et al. (2018), é fundamental destacar elementos que reproduzem a lógica manicomial, com intuito de que essa possa ser superada.

Levando em consideração a Assembleia como um espaço democrático, são essenciais discussões que abarque esclarecimentos relacionados às práticas do serviço, manifestando a imprescindibilidade de uma construção participativa (Kammer, Moro & Rocha, 2020). Um momento que demonstrou tal questão foi quando um dos usuários solicitou às psicólogas que fizessem “mais esquizoanálise e esquizodrama com eles” (sic). Após o pedido, elas assentiram em tentar trabalhar isso, e uma delas apontou que isso já estava sendo feito nas próprias Assembleias. Em outra ocasião, usuários e profissionais debateram sobre a importância dos estagiários dos cursos de Psicologia e Medicina naquela instituição. Enquanto uma usuária pontuava que faltava “muito do CAPS dentro das faculdades” (sic), a profissional ressaltava que os estágios do curso de Psicologia eram com frequência realizados ali.

Outrossim, após a Reforma Psiquiátrica, este novo espaço instituído para a loucura demanda a saída

de uma condição de usuário-objeto, para que haja a instauração de uma lógica usuário-ator (Amarante & Torre, 2011, conforme citado em CFP, 2022). Uma das Assembleias observadas ressaltou este protagonismo e o local político dos usuários a partir de uma profissional que incentivava a participação na Conferência Municipal de Saúde, bem como ouvia o relato de uma usuária que esteve presente no evento. Isso demonstra o trabalho para que o usuário tenha autonomia, sendo protagonista das decisões que envolvam sua saúde e a saúde da comunidade.

Ainda no que se refere ao local de protagonismo do indivíduo promovido pela assembleia, ressalta-se a importância de discussões sobre raça/etnia e gênero, que permeiam a vivência individual e coletiva dos usuários. Foi observado que este espaço seguro de diálogo serve como uma ferramenta essencial para o acolhimento de questões relacionadas à vulnerabilidade social dos sujeitos, o que permite que suas vozes sejam ouvidas.

A desigualdade decorrente do histórico escravocrata brasileiro também encontra exemplos no campo da saúde mental. A invisibilização desses sujeitos advindas da associação entre raça/cor e doença mental do campo psiquiátrico no Brasil, no final do século XIX (Engel, 1999), revela aspectos políticos e sociais que perduram até hoje. Silva et al. (2017, p. 103) trazem que “a população negra sofre, historicamente, processos ininterruptos de abandono e apartamento social” e como validação desse pensamento, é observada a grande lacuna de estudos sobre o acesso da população negra aos serviços de saúde mental do CAPS no Brasil (Araújo et al., 2009).

Esta falta de atenção à caracterização racial dos usuários reflete a persistência de desigualdades raciais, que assim como as de gênero, têm sido percebidas nos momentos confraternizados na Assembleia a partir das trocas de experiências e relatos. Nesse sentido, as Assembleias operam por meio da manifestação das angústias consequentes das desigualdades, e geram oportunidade para a transmissão de conhecimentos sobre essas temáticas. As conversas ocorrem de maneira horizontal, garantindo que todos tenham voz e que os assuntos sejam abordados de forma igualitária e

inclusiva, como foi observado no momento em que reflexões sobre racismo foram construídas entre profissionais e usuários, o que corrobora com o que é concluído por Diemer e Cavagnoli (2021, p. 61):

O cuidado em saúde mental deve ir além das mazelas sociais e ser pensado como interseccional, pois é concreto que as formas de olhar o sujeito e pensá-lo como incapaz, ou não de ser quem é, parte dos marcadores sociais que integram a formação identitária dos sujeitos, internalizada pelos profissionais da saúde ao perceber o outro.

É visto, portanto, que as Assembleias funcionam como um mecanismo crucial para o enfrentamento das desigualdades e para a promoção da autonomia dos usuários, inclusive por meio da autoanálise e autogestão.

Assembleia: espaço de trocas e de afetos

Em conformidade com Junqueira, Carniel e Mantovani (2015), mesmo que seu objetivo inicial seja voltado para a participação do usuário nas decisões da instituição, a Assembleia pode ser explorada como uma modalidade de grupo que também pode ser terapêutica. Tendo isso em vista, o acolhimento disposto pela equipe e usuários do CAPS é um espaço que viabiliza autonomia e protagonismo para além de apenas propósitos institucionais, mas também como um local de receptividade e acolhida frente às possíveis demandas emocionais que se apresentam na troca com o coletivo.

Diante da singularidade atribuída a cada encontro da Assembleia, a estruturação dessas reuniões atende a propósitos que variam de acordo com as demandas organizacionais da instituição, intercalados com momentos de escuta, acolhimento, reflexões e orientações. Há encontros pautados em discussões acerca das opiniões que dizem respeito aos serviços oferecidos pelo CAPS e quais as percepções dos usuários frente à qualidade dos atendimentos. Esclarecimentos sobre “O que é uma Assembleia?”, “Como funciona o CAPS?” e “Quais as vantagens do acompanhamento oferecido pelo CAPS em comparação às experiências manicomial dos usuários?” foram pautas de debate nas visitas e

reforçaram o caráter democrático das Assembleias.

Em outros dias, a atenção coletiva é voltada para a escuta à medida que crises e questões emocionais surgem. O acolhimento nesses casos surge a partir da iniciativa do grupo em acolher o momento da crise, mediado pela profissional que conduz a Assembleia. O Ministério da Saúde (2004, p. 17) estabelece que “o sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações”. Dessa forma, compreende-se que o amparo e atendimento em coletivo às demandas que surgem também fazem parte do processo de protagonizar o sujeito, uma vez que o acolhimento exerce um espaço de relevância no contexto nacional como indutor de modificações organizacionais, como a melhoria do acesso, do trabalho em equipe e da relação técnico-usuário (Mitre, Andrade & Cotta, 2012).

O acolhimento constitui um processo que viabiliza a promoção de saúde por meio da escuta qualificada e da articulação das redes de serviço para que uma atenção integral seja garantida e a assistência ao usuário seja continuada (Bessa et al., 2022). O acolhimento também compõe uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização na qual se encontra definido como:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (Ministério da Saúde, 2013, p. 7).

A pluralidade nas formas de acolher, em diferentes espaços, se mostra presente nas interações, tanto da equipe quanto dos usuários, observadas pelo grupo. A manifestação do acolhimento nas Assembleias pôde ser percebida em situações nas quais os próprios usuários acolhiam uns aos outros em momentos de crise,

expondo a dimensão da afetividade e da autonomia nas relações desenvolvidas no CAPS. Em um outro momento foi observado o vínculo entre usuários e funcionários da equipe ao utilizarem apelidos para se referirem um ao outro. Quando questionada sobre a forma que se tratavam, uma das usuárias respondeu “aqui a gente se trata com carinho” (sic). Relatos como esse apontam que os usuários valorizam as amizades e dinâmicas construídas no CAPS, o local receptivo e caloroso, a atenção que recebem dos profissionais e as trocas realizadas em diferentes oficinas e Assembleias (Moreira & Onocko-Campos, 2017). Ainda, percebe-se nesse contexto o cuidado e o comprometimento com a vida do outro, de acordo com o que preconizam Silva e Freitas (2020), seguindo as propostas da RPB.

O acolhimento das emoções dos indivíduos e a troca entre eles como recurso terapêutico constroem a noção de que o usuário pode reivindicar poder sobre sua condição e ainda mobilizar afetos (Medeiros & Moreira, 2022). Nessa lógica, Braga (2020, p. 5) reitera que “é necessária [...] a rearticulação e a criação de vínculos e de novas formas de encontro; a abertura de relações e a construção de espaços coletivos de diálogo e de confronto das contradições [...]”. Em conformidade com os autores, no contexto das Assembleias, esse recurso corrobora fundamentalmente na emancipação dos sujeitos enquanto seres sociais e políticos.

Conclusão

A experiência de visitas e participação de Assembleias dentro de um CAPS possibilitou às estudantes um contato direto com um serviço substitutivo brasileiro, o qual representa uma ruptura com os manicômios e hospitais psiquiátricos. Essa vivência foi essencial para a construção de um senso crítico em relação à importância da RPB, bem como desenvolveu nas alunas as habilidades de comunicação, escuta ativa, olhar sensível ao outro e observação. Ainda, por meio dessa vivência foi possível aprender sobre o funcionamento das Assembleias dentro dos CAPS, assunto pouco abordado na graduação de Psicologia das graduandas.

O estudo acerca das Assembleias deve ser essencial aos alunos de Psicologia, uma vez que revela o caráter concreto de cuidado em liberdade, protagonismo, autonomia e voz dos usuários do CAPS. Essa prática corresponde a um princípio crucial da RPB, ou seja, a ideia de que a pessoa em sofrimento psíquico tem direito a saber sobre seu tratamento, de escolher como ele será feito e de coconstruir a instituição em que recebe cuidados. Além disso, a atuação do psicólogo dentro de um CAPS só poderá ser baseada em seu Código de Ética Profissional se ele, sabendo das Assembleias, trabalhar pela emancipação e liberdade dos usuários.

Ainda, a atuação da Psicologia frente às ações que condizem com a RPB deve ser contextualizada em relação ao histórico escravocrata, racista e misógino do país, entendendo a quem a lógica manicomial afetava - e ainda afeta - diretamente. Discussões como essa foram incitadas durante as Assembleias e é essencial que, evitando que os muros simbólicos dos manicômios voltem a estar de pé, os profissionais dos CAPS deflagram a realidade social, juntamente com suas discriminações, para os usuários. É necessário pensar, ainda, que as Assembleias podem ser locais de debate para que usuários e profissionais possam compreender como as vulnerabilidades marcadas pela raça, gênero e classe social tornam, por exemplo, mulheres negras grandes afetadas pelos diagnósticos em saúde mental.

Finalmente, foi possível concluir que as Assembleias possuem papel crucial no funcionamento do CAPS e representam um símbolo da Reforma Psiquiátrica. Esse mecanismo é importante como forma de autogestão, acolhimento, emancipação e local de voz do sujeito, ou seja, representa também os princípios do SUS que remetem ao cuidado integralizado e humanizado. Por fim, entende-se que experiências como essas enriquecem a formação em Psicologia de modo a construir nas gerações atuais o sentimento de luta pelo cuidado em Saúde Mental de forma coletiva, pública e de qualidade.






Referências

- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida* (2a ed.). Editora Fiocruz.
- Araújo, E. M., Costa, M. C.N., Hogan, V. K., Araújo, T. M., Dias, A. B. & Oliveira, L. O. A. (2009) A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(31), 383-394. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>
- Baremblytt, G. F. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. (5a ed.). Instituto Felix Guattari.
- Bessa, S. S. O., Melo, L. G., Peixoto, M. T., Souza, S. L., & Carvalho, R. C. (2022). Acolhimento em um centro de atenção psicossocial: relato de experiência de um médico em formação. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 46(3), 1-6. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210402>
- Bongiovanni, J., & Silva, R. A. N. (2019). Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 31, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31190259>
- Braga, C. (2020). Argumentos para utopias da realidade e a experiência da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 29(3), 1-11. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190054>
- Ministério da Saúde (2013). *Política Nacional de Humanização – PNH* [Folheto]. Recuperado de https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
- Campos, R. T. O., Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E. M., Serpa, O. D., Jr., Marques, C. C., Gonçalves, L. L. M., Santos, D. V. D., Surjus, L. T. L. S., Arantes, R. L., Emerich, B. F., Otanari, T. M. C., & Stefanello, S. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 967–980. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000040>
- Conselho Federal de Psicologia (2022). *Referências técnicas para a atuação de psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)* (Rev. Ed.). Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/07/crepop_CAPS_web.pdf
- Diemer, A. S. Q., & Cavagnoli, M., (2021) Interseccionalidade entre gênero, classe e diagnóstico: Práticas de atenção à saúde mental no Caps. *Revista Grifos*, 31(55), 43-63. <http://dx.doi.org/10.22295/grifos.v31i55.6062>
- Engel, M. G. (1999) As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 5(3), 547-563. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000100001>
- Falkembach, E. M. F. (1987). Diário de campo: um instrumento de reflexão. *Contexto e Educação*, 2(7), 19-24.
- Feriani, G. P., Melo, C. D., Oliveira, W. A., & Dellazzana-Zanon, L. L. (2021). A prática da observação sistemática para a formação do(a) psicólogo(a): relato de experiência. *Aletheia*, 54 (2), 157-164. <https://doi.org/DOI10.29327/226091.54.2-15>
- Figueirêdo, A. A. F., Cordeiro, R. L. M., Oliveira, P. Fo., & Velôso, T. M. G. (2021). Construção de categorias/lugares para a loucura em relatos de usuários do CAPS. *Psicologia: ciência e profissão*. 41, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003215322>
- Junqueira, A. M. G., Carniel, I. C., & Mantovani, A. (2015). As Assembleias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPS. *Vínculo- Revista do NESME*, 12(1), 31-40. Recuperado em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139446857006>
- Kammer, K. P., Moro, L. M., & Rocha, K. B. (2020). Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios cotidianos. *Revista Psicologia Política*. 20(47), 36-50. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100004
- Lapassade, G. (1977). *Grupos, organizações e instituições*. (H. A. de A. Mesquita Trad.). Francisco Alves Editora S. A.

- Leal, B. M., & Antoni, C. D. (2013). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*, 40, 87-101. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008
- Matos-de-Souza, R., & Medrado, A. C. C. (2021). Dos corpos como objeto: Um leitura pós-colonial do 'Holocausto Brasileiro'. *Saúde em debate*, 45(128), 164-177. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112813>
- Martins, K. de F. B. (2013). *Territórios da loucura*. [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- Medeiros, V. H. R., & Moreira, M. I. B. (2022). Os Sentidos dos Cuidados em Saúde Mental a Partir de Encontros e Relatos de Usuários de um CAPS. *Saúde e Sociedade*, 31(1), 1-11. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210094>
- Menezes, G. P., & Pegoraro, R. F. (2019). Panorama das Atividades Grupais Desenvolvidas em Centros de Atenção Psicossocial (2006–2016). *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189050>
- Mitre, S. M., Andrade, E. I. G., & Cotta, R. M. M. (2012). Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2071–2085. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Ministério da Saúde. (2011). *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>
- Moreira, M. I. B., & Onocko-Campos, R. T. (2017). Ações de Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial pela Perspectiva dos Usuários. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 462–474. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171154>
- Passos, E., Palombini, A. L., Onocko-Campos, R., Rodrigues, S. E., Melo, J., Maggi, P. M., Marques, C. C., Zanchet, L., Cervo, M. R., & Emerich, B. (2013). Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia*, 41, 24-38. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200003
- Passos, R. G. (2018). “Holocausto ou Navio Negroiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Argumentum*, 10(3), 10-22. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483>
- Passos, R. G. (2019). Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo? *Sociedade em Debate*, 25(3), 74-88. Recuperado de <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2352>
- Pereira, C. F. (2016). Assembleia de usuários e saúde mental: o olhar de usuários e profissionais de um centro de atenção psicossocial. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional da UFSC. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/172164>
- Roosli, A. C. B. S., Palma, C. M. S., & Ortolan, M. L. M. (2019). Sobre o cuidado na saúde: da assistência ao cidadão à autonomia de um sujeito. *Psicologia USP*, 31, 1-11. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180145>
- Silva, M. R. S., Cavalcante, A. P., & Veras, J. F. dos S. (2022). Assembleia dos usuários: espaço de participação social no CAPS. *Open Science Research III*, 3, 843-848. <https://doi.org/10.37885/220408479>
- Silva, N. G., Barros, S., Azevedo, F. C. de., Batista, L. E., & Policarpo, V. C. (2017). O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 100–114. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017164968>

- Silva, N. L. G., & Freitas, C. L. A. C. (2020). Relato de experiência: o Amor Mundi como expressão do cuidado em saúde mental. *Revista PsicoFAE - Pluralidades em Saúde Mental*, 10(1-3), 33-44. <https://doi.org/10.17648/2447-1798>
- Silva, T. A., Paula, J. D. Jr., & Araújo, R. C. (2018). Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 21(2), 346-363. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8>
- Vieira, G. L. S., Cirilo, L. S., Sousa, P. F., & Maciel, S. C. (2018). Concepções de usuários de um CAPS sobre o tratamento e inclusão. *Psicologia & Sociedade*, 30, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30i187474>

Lutas, Artes Marciais e Esportes de Combate como estratégia de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial: um relato de experiência

Paolo Porciuncula Lamb¹ , Pedro Carlos Silva de Aquino² , Edgar Batista da Silva Neto³ ,
Denis Foster Gondim⁴  e Moralis de Lima Santos⁵ 

Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco – Brasil; Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco – Brasil; Rede de Atenção Psicossocial (SESAU/Recife); Recife, Pernambuco – Brasil; Programa de Residência em Saúde da Família (SESAU/Recife); Recife, Pernambuco - Brasil

Resumo: As Práticas Corporais/Atividades Físicas (PCAF) configuram-se como uma estratégia de tecnologia leve de cuidado em saúde para a população, inclusive as pessoas com sofrimento psíquico e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O presente trabalho tem como objetivo relatar o processo de trabalho de Profissionais de Educação Física na implementação de oficinas de Lutas, Artes Marciais e Esportes de Combate (LAMEC) para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) em Recife-PE. Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência. A construção do trabalho deu-se pela implementação, por dois profissionais de Educação Física, de oficinas de Lutas, Artes Marciais e Esportes de Combate voltadas para usuários no CAPS AD em Recife-PE. As oficinas tiveram como proposta a oferta do Judô, Jiu-jítsu, Boxe e Capoeira. No tocante à execução das oficinas, os profissionais planejaram e executaram atividades teóricas sobre cada modalidade por meio de rodas de conversas, as quais partiram do prévio conhecimento dos usuários, mas também com a utilização de vídeos expositivos escolhidos previamente no YouTube sobre o histórico, as regras, os fundamentos básicos, as curiosidades e benefícios das práticas. Nas atividades práticas foram realizados exercícios, movimentos, atividades lúdicas fundamentadas nas modalidades escolhidas, bem como apresentados fundamentos, postura, base, deslocamento, equilíbrio e golpes que, ao longo da oficina, favoreceram a adesão e o interesse dos usuários, e puderam promover o acesso às novas experiências com as referidas PCAF. Diante da intervenção, percebeu-se que as oficinas realizadas se apresentaram como relevante instrumento de reabilitação psicossocial, fortalecimento de vínculos e produção da promoção da saúde para os usuários. Ademais, os grupos de PCAF promovem o estímulo para a participação e inserção social em outros dispositivos da rede de saúde do município, oportunizando novas formas de experiências de cuidado.

Palavras-chave: saúde mental, atividade física, sistema único de saúde, artes marciais, esportes de combate

¹ Mestrado em Saúde da Família (UFPB); Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco - Brasil. *E-mail:* paoloplamb@gmail.com

² Especialização em Residência em Saúde da Família (Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes); Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco - Brasil. *E-mail:* pedrocarlos140698@gmail.com

³ Especialização em Residência na Rede de Atenção Psicossocial (SESAU/Recife); Recife, Pernambuco - Brasil. *E-mail:* 1edgarbatista@gmail.com

⁴ Mestrado em Educação (UFPE); Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco - Brasil. *E-mail:* denis.foster@upe.br

⁵ Bacharelado em Fisioterapia (Unifavip Wyden); Programa de Residência em Saúde da Família (SESAU/Recife); Recife, Pernambuco - Brasil. *E-mail:* moralissantos2016@gmail.com

Fights, Martial Arts and Combat Sports as a Care Strategy in a Psychosocial Care Center: an experience report

Abstract: Body Practices/Physical Activities (PCAF) are a light technology health care strategy for the population, including people with psychological distress and problems arising from the use of alcohol and other drugs. The aim of this paper is to report on the work process of Physical Education Professionals in the implementation of Fighting, Martial Arts and Combat Sports (LAMEC) workshops for users of a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) in Recife-PE. This is a descriptive study of the experience report type. The work was carried out by two Physical Education professionals implementing workshops on Fighting, Martial Arts and Combat Sports for users of the CAPS AD in Recife-PE. The workshops offered Judo, Jiu-Jitsu, Boxing and Capoeira. When it came to running the workshop, the professionals planned and carried out theoretical activities about each sport through conversation circles, based on the users' prior knowledge, but also with the use of expository videos previously chosen from YouTube about the history, rules, basic fundamentals, curiosities and benefits of the practices. The practical activities included exercises, movements and recreational activities based on the chosen modalities, as well as the presentation of fundamentals, posture, base, movement, balance and blows, which, throughout the workshop, fostered the users' adherence and interest, and were able to promote access to new experiences with the aforementioned PCAF. The intervention showed that the workshops were an important tool for psychosocial rehabilitation, strengthening bonds and promoting health for the users. In addition, the PCAF groups encourage participation and social insertion into other devices in the municipality's health network, providing new forms of care experiences.

Keywords: mental health, physical activity, unified health system, martial arts, combat sports

Introdução

No Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de assistência à saúde se concentram na prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde para a população brasileira (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Em relação à promoção da saúde, destaca-se a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006, a qual estabelece que as Práticas Corporais/Atividades Físicas (PCAF) se configuram como um eixo norteador das estratégias de cuidado em saúde no SUS (Brasil, 2018).

Nesse sentido, as PCAF se apresentam como um recurso de tecnologia leve de cuidado em saúde, o qual proporciona aos usuários do serviço de saúde o acesso às diversas práticas relacionadas à cultura corporal, como os jogos e brincadeiras; as ginásticas; as danças, os esportes; e as lutas, que podem impactar positivamente na saúde e na qualidade de vida (Brasil, 2018).

Além disso, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) define os serviços especializados direcionados ao atendimento e ao acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico, especialmente o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o qual se configura como um serviço composto por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar para o atendimento às crianças, aos adolescentes e aos adultos com sofrimento psíquico, transtornos mentais graves e persistentes, e aqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011).

As atividades desenvolvidas nos CAPS são relacionadas com o planejamento e a execução do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a realização de grupos de intervenção em educação e cuidado em saúde e outras que contribuam para a reabilitação e a inserção dos usuários na comunidade, as quais podem ser articuladas com os serviços e equipes da Atenção Primária à Saúde (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011; Ministério da Saúde, 2015).

Dentre as modalidades de CAPS, destaca-se o CAPS AD (Álcool e outras Drogas), o qual propõe diversas atividades terapêuticas e preventivas por meio de atendimentos individuais (medicamentoso e psicoterápico); atividades em grupo (grupo

operativo, oficina terapêutica, práticas corporais, assembleias etc.); visitas domiciliares; atendimento às famílias; atividades comunitárias; entre outras, a fim de promover a reabilitação psicossocial do usuário (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011; Ferreira et al., 2017).

Nesse sentido, vale ressaltar que nos CAPS é importante oportunizar aos usuários atividades que impactem positivamente no tratamento e reabilitação psicossocial; no acesso ao lazer e na melhora na qualidade de vida, como a implantação de grupos e oficinas de PCAF. Desse modo, é fundamental a inserção do Profissional de Educação Física nas equipes multiprofissionais dos CAPS para ofertar tais serviços (Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde orienta que as PCAF sejam atividades integrantes nos CAPS, visto que são práticas que contribuem para a percepção corporal, a autoimagem e a coordenação motora, as quais são fundamentais para a autonomia do usuário, visando à promoção da saúde e à prevenção de agravos (Ministério da Saúde, 2015; Gadelha & Catanio, 2023).

Além disso, verifica-se que os temas da cultura corporal mobilizados nas atividades relatadas pelos Profissionais de Educação Física nos CAPS são bastante diversificados, contemplando os esportes, a ginástica, a musculação, a caminhada, a dança, a yoga, o relaxamento, as massagens e outras Práticas Corporais Alternativas, Práticas de Aventura, Jogos e Brincadeiras, e Lutas (Furtado et al., 2022).

Especificamente, em relação às práticas das lutas, faz-se importante evidenciar que, grande parte é regida por princípios filosóficos, disciplinares e de honra, preconizando a não violência e o autocontrole, porém, mesmo assim, em muitos casos, tais práticas ainda são assimiladas como agente causador de violência e agressividade de forma equivocada pelo imaginário social (Pacheco, 2012; Andraus, 2013; Antunes & Iwanaga, 2014).

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo relatar o processo de trabalho de Profissionais de Educação Física na implementação de oficinas de Lutas, Artes Marciais e Esportes de Combate (LAMEC), para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, situado na cidade do Recife-PE.

Método

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, de natureza qualitativa (Daltro & Faria, 2019). A fundamentação teórica e metodológica para a construção do relato seguiu as recomendações definidas e estabelecidas na sistematização para elaboração de relato de experiência (Daltro & Faria, 2019; Mussi et al., 2021).

Cabe destacar que o relato de experiência é um tipo de produção, numa perspectiva de narrativa documental e empírica, cujo conteúdo trata de uma teorização e sistematização durante e/ou a posteriori de uma vivência perante a intervenção no contexto acadêmico e/ou profissional, tendo como característica principal a descrição e análise das atividades realizadas pautadas pelo embasamento teórico e científico que possam contribuir para formação e atuação profissional (Daltro & Faria, 2019; Mussi et al., 2021).

Concomitantemente, foi aplicada a técnica de observação direta e utilizado o diário de campo como instrumento para o registro e compilação das informações sobre a intervenção, como o planejamento das ações; questionamentos e percepções acerca da atividade desenvolvida pelos profissionais de Educação Física. O diário de campo se caracteriza como um caderno/agenda destinado para registrar e sistematizar os procedimentos, os acontecimentos observados, e as percepções de profissionais e pesquisadores sobre um determinado e/ou conjunto de fenômenos (Kroeff; Gavillon; Ramm, 2020).

A construção do trabalho deu-se a partir da implantação e implementação de oficinas de Práticas Corporais relacionadas às LAMEC desenvolvidas no Grupo Movimento, e realizadas por dois profissionais de Educação Física, ambos com experiências em LAMEC: um residente do Programa de Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria da Saúde de Recife e outro, profissional de Educação Física do CAPS AD em Recife-PE.

O CAPS é um serviço municipal de atenção à saúde mental na cidade supracitada, que é dividida em oito Distritos Sanitários (DS). Este dispositivo de saúde está localizado no DS II e o município dispõe ainda de um total de 18 CAPS, sendo: seis CAPS AD

(Álcool e Outras Drogas), quatro CAPS Adulto, cinco CAPS 24h e três CAPS Infanto-juvenil (Prefeitura do Recife, 2018).

O Grupo Movimento é um grupo terapêutico implantado em 2016, no referido CAPS AD, e tem como objetivo estimular as práticas corporais com ações de educação em saúde, visando à obtenção e manutenção de hábitos de vida saudável e da promoção da saúde, estimulando a inclusão social, o exercício da cidadania de forma articulada com os espaços públicos destinados ao esporte, à cultura e ao lazer.

O público-alvo da intervenção foi um grupo com dez usuários do sexo masculino entre 20 e 48 anos, admitidos no CAPS AD em questão e participantes assíduos do Grupo Movimento. Os encontros ocorreram todas as segundas-feiras à noite, durante os meses de agosto e setembro de 2019. Cada encontro teve duração de aproximadamente 60 minutos, totalizando oito encontros na Oficina de LAMEC.

As atividades foram facilitadas pelos profissionais de Educação Física, os encontros ofertados na oficina de LAMEC foram compostos por atividades teóricas e práticas, nas oficinas foram apresentados aos usuários, a origem, os fundamentos, as regras esportivas, benefícios físicos e mentais das diversas práticas corporais (Judô, Jiu-Jitsu, Capoeira e Boxe).

Conforme o planejamento de execução das atividades, cada prática foi abordada em dois momentos. O primeiro momento foi destinado a aferir o conhecimento prévio dos usuários a respeito das modalidades, com perguntas introdutórias e uma breve conversa. Em seguida, foram apresentados aos usuários um relato histórico, as regras, os fundamentos básicos, as curiosidades e benefícios das práticas, por meio de vídeos expositivos escolhidos previamente no *YouTube* (com duração de três a dez minutos).

O segundo momento foi destinado à intervenção prática. Normalmente acompanhados por uma música temática, foram realizados exercícios, movimentos, atividades lúdicas fundamentadas nas modalidades escolhidas, bem como apresentados fundamentos, postura, base, deslocamento, equilíbrio e golpes.

Em síntese, para a execução das práticas corporais foram adotadas as seguintes etapas metodológicas de acordo com cada modalidade, considerando uma sessão com duração de 60 minutos, divididas em: 1) aquecimento: com duração de 5 a 10 minutos, com objetivo de preparação e aquecimento do corpo para a realização do exercício físico; 2) Parte principal: com duração média de 40 minutos, foram desenvolvidos exercícios para aquisição de aptidões física (força, resistência, equilíbrio), fundamentos técnicos de cada modalidade, golpes, posições, posturas etc.; 3) Parte final (relaxamento): com duração de 5 a 10 minutos e tinha como objetivo a volta à calma por meio de exercícios de alongamentos, técnicas de respiração e relaxamento. Por fim, foi realizada uma avaliação da experiência, em forma de roda de conversa, buscando resgatar o que gostaram, o que aprenderam e sugestões de outras modalidades a serem vivenciadas nos próximos encontros.

Para a fundamentação do relato, a descrição e análise da intervenção perpassa pela apresentação do planejamento, estruturação e execução do plano de trabalho na oficina; as potencialidades na realização das atividades no contexto do cuidado em saúde mental; e uma sugestão de proposta de implementação de ações relacionadas à adoção das práticas de LAMEC voltada para usuários do serviço dos CAPS, decorrido ao longo do próximo tópico.

Vale destacar que este trabalho se caracteriza como um relato de experiência, pelo qual dispensa a necessidade da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, durante a elaboração do projeto de intervenção e desenvolvimento das ações, foram tomados os devidos cuidados éticos e de segurança de acordo com as normativas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

No tocante à intervenção, foi optado pela experimentação teórico-prática do Judô, do Boxe, da Capoeira e do Jiu-jítsu, sendo as duas últimas consideradas lutas brasileiras. Ademais, foi considerada a intervenção compreendendo essas

práticas como esportes de combate, os quais são considerados lutas que sofreram fortes influências do esporte moderno europeu, e que, na atualidade, carregam características típicas como tal (Paiva, 2015). Vale uma ressalva apenas para a Capoeira, pois esta possui uma compreensão conceitual ampliada dada a sua complexa polissemia.

Nesse sentido, para a elaboração da oficina de LAMEC é importante pontuar que a escolha dos esportes para esta intervenção teve como motivação as experiências dos profissionais de Educação Física nas modalidades do Judô e de Jiu-jítsu. Além disso, ocorreram, nos meses de julho e agosto de 2019, os XVIII Jogos Pan-Americanos em Lima, no Peru, os quais foram apresentados e debatidos durante a atividade terapêutica do Grupo Movimento. Neste contexto, foram realizadas reuniões entre a equipe interdisciplinar do CAPS e executores das oficinas de Artes Marciais, que tiveram por finalidade a preparação das ações, discussões a respeito de vídeos temáticos e leituras da literatura, que objetivavam a busca de rumos e o amadurecimento da proposta pretendida.

Em determinado momento, foi percebido que durante o planejamento da oficina, houve um “olhar receoso” de alguns profissionais da equipe do CAPS que criticaram antecipadamente a proposta de desenvolver a prática de artes marciais no serviço, por julgarem que poderia motivar a violência e comportamentos agressivos de alguns usuários. Diante desta problematização, os coordenadores da oficina debateram sobre a contribuição da arte marcial e seus benefícios no campo da promoção da saúde, e abordaram alguns estudos que tratavam de experiências exitosas para evidenciar a justificativa da proposta da oficina.

Essa percepção equivocada, culturalmente enraizada na sociedade, pôde ser observada ao longo da oficina, na qual a maioria dos participantes no momento dos *feedbacks* relataram que não tinham conhecimento em relação à diferença entre briga e luta e os elementos fundamentais que diferenciam esses fenômenos. Assim, consideramos como relevantes os debates ocorridos e as reflexões geradas sobre a temática da violência, na qual pudemos esclarecer aos usuários sobre os princípios

éticos, filosóficos e disciplinares que permeiam a maioria das LAMEC.

Nesta perspectiva, a prática das artes marciais contribui na promoção da disciplina e do respeito, valores considerados fundamentais para o convívio social. Além disso, numa época de tensões e pressões diárias que desafiam nossa capacidade de manter a tolerância e paciência, as artes marciais destacam-se como ferramentas potentes no incentivo de um estilo de vida saudável e respeitoso (Ruas, 1998).

Desse modo, a prática marcial tem crescido e conquistado, cada vez mais, adeptos de diferentes classes sociais e faixas etárias, com a finalidade de reduzir comportamentos de agressividade dos praticantes, bem como estimular o desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo social, além de fortalecer os princípios de respeito e disciplina (Ferreira et al., 2019).

Ao iniciar cada oficina, foi aplicada uma metodologia dialógica, que considera a realidade e os saberes dos sujeitos, proporcionando uma construção coletiva do conhecimento (Freire, 2005). Foi considerado um momento importante para apresentar a proposta e o planejamento de cada encontro, bem como escutar os usuários a respeito das modalidades, as quais seriam sugeridas pelos profissionais e escolhidas pelos usuários do CAPS e que deveriam ser no máximo quatro modalidades de artes marciais. Neste encontro, também foi apresentado um vídeo sobre os Jogos Pan-Americanos que ocorreram em Lima, no Peru (2019). As modalidades escolhidas pelo grupo foram Judô, Jiu-jítsu, Capoeira e Boxe. Ainda neste encontro, na tentativa de romper alguns paradigmas, foi abordado sobre a diferença entre briga e a luta, em que a briga é considerada como um comportamento desonesto, sem regras e sem respeito às pessoas. Por outro lado, a luta se destaca por uma atividade com regras definidas, disciplina e respeito ao próximo (Melo, 2016).

No encontro seguinte, desenvolveu-se a prática do Judô, com o Profissional de Educação Física do CAPS que também é graduado faixa preta (*shodan*). Como já especificado, a oficina iniciou por meio de um diálogo com o objetivo de obter o conhecimento prévio dos usuários acerca deste esporte. Logo, a sala foi organizada com colchonetes

e foram disponibilizados dois *judogis* (uniforme para a prática do Judô) para uso coletivo dos usuários, e assim, foram conduzidos a realizar movimentos corporais de aquecimento, alongamentos e fundamentos inerentes à modalidade do Judô como as saudações, *kumikata* (pegadas no judogui), *ukemis* (técnicas de amortecimento de queda), *shintai* (formas de deslocamentos), *tai sabaki* (movimentos giratórios do corpo), *nage waza* (técnicas de projeção) e *katame waza* (técnicas de domínio no solo).

De modo geral, a prática do Judô oferece vantagens significativas para pessoas de diferentes faixas etárias, níveis de habilidades e contextos de prática, ainda enfatiza a capacidade de adaptação e a relevância contínua do Judô como uma prática que ultrapassa a esfera competitiva, impactando de forma positiva os aspectos como a saúde física e psicossocial dos praticantes, sendo um meio eficaz para a promoção da saúde (Santos et al., 2023).

É válido ressaltar que, em relação à participação dos usuários nas oficinas, logo nos primeiros encontros, foram percebidos momentos de inibição, receio e/ou resistência, supostamente pelo desconhecimento de algumas artes marciais propostas. Entretanto, com o decorrer das semanas, foi percebida uma maior integração do grupo e, conseqüentemente, um aparente fortalecimento de laços de confiança e de vínculo terapêutico, e que foi relatado (informalmente) pela maioria dos participantes, como gerador de sentimentos de satisfação, bem-estar e alegria.

A prática do Jiu-jítsu teve o desenvolvimento parecido com a oficina de Judô, porém respeitando as especificidades de cada modalidade, principalmente no que diz respeito à história, às regras e às técnicas, visto que o Jiu-jítsu é predominantemente desenvolvido no solo. Os participantes, novamente com os *judoguis*, desenvolveram algumas técnicas de solo e, comumente como acontece com pessoas menos ativas ou sedentárias, apresentaram pouca mobilidade articular na execução de alguns movimentos.

O Jiu-jítsu, enquanto atividade física, oferece uma gama de benefícios que vão muito além do aprimoramento técnico específico da arte marcial. A prática regular desta modalidade é

capaz de proporcionar melhorias significativas no sistema cardiorrespiratório e no sistema muscular, contribuindo para o aumento da flexibilidade e da coordenação motora dos praticantes, bem como favorece a promoção da saúde mental, melhora do autocontrole, modulando o nível de estresse e oportunizando o convívio social (Arruda & Souza, 2014; Ferreira et al., 2018).

O Boxe foi o esporte que os participantes tinham menor conhecimento em relação às regras, com poucas referências de boxeadores na atualidade. Porém, fizeram referências a boxeadores famosos de gerações passadas, como Mike Tyson, Muhammad Ali, Maguila e Popó. Foram propostos alguns fundamentos básicos como posição de guarda e esquivas e dos golpes *jab*, direto, cruzado e *uppercut*. Destaca-se que os participantes tinham uma noção de gestos de defesa pessoal, e a maioria conseguiu executar com facilidade os gestos motores inerentes ao boxe, apesar de demonstrarem pouca concentração, cadência e percepção corporal.

De maneira geral, o Boxe é caracterizado pelo desempenho físico e honra pessoal, além de incentivar a disciplina, o respeito e o autocontrole. Ao contrário do que se pensa, o Boxe pode oferecer uma saída construtiva para a energia e a agressão, canalizando-as para um ambiente controlado e/ou competitivo, em vez de manifestarem-se de maneiras destrutivas na sociedade (Wacquant, 2001).

A Capoeira foi o esporte que trouxe muitas recordações de alguns participantes por já terem experienciado em algum momento da vida, inclusive, um deles tinha sido mestre de “Capoeira de Angola” em tempos passados e pelo seu conhecimento teórico e técnico, propusemos que ele pudesse ser o facilitador principal da oficina. Acreditamos que esta situação demonstra uma grande potencialidade estimulando o protagonismo dos sujeitos dentro do processo de cuidado. As músicas específicas da arte, bem como a linguagem, foram os fatores determinantes para o envolvimento e adesão dos participantes. Neste contexto, o investimento na construção coletiva de estratégias de cuidado nos serviços de saúde mental, a partir do protagonismo do usuário, fortalece as relações usuário-profissional-comunidade por meio de ações horizontais,

oportunizando o compartilhamento de vivências e contribuindo para a amenização do sofrimento mental (Guljor & Amarante, 2020). Na especificidade da Capoeira de Angola, esta modalidade proporciona potentes recursos para liberdade criativa de movimentos, utilizando-se de um jogo corporal com maior ludicidade e minimizando os efeitos da competitividade (Veronesi & Moré, 2009).

No decorrer dos encontros foi percebida a mudança na fisionomia e no discurso dos participantes ao término das oficinas, sobretudo, quando se dava o momento do *feedback* sobre a experiência, em que alguns usuários relataram com euforia sobre a modalidade, referindo-se à mudança de ponto de vista e à percepção que tinham antes da vivência das modalidades.

Aparentemente no decorrer e ao final da realização da intervenção, percebeu-se que a oficina de LAMEC superou as expectativas da equipe multidisciplinar do CAPS, uma vez que a utilização de diversas modalidades parece ter contribuído para despertar o interesse, engajamento e comprometimento dos usuários, tendo em vista que os grupos do CAPS, em sua maioria, em atividades anteriores, apresentavam-se com baixa assiduidade e regularidade.

Há tempos, as artes marciais e os esportes de combate são recomendados e reconhecidos pelo mundo oriental por seus benefícios aplicados ao bem-estar e ao autocuidado. No entanto, a ciência ocidental apenas recentemente tem buscado investigar cientificamente sobre esses possíveis benefícios aplicados à saúde mental, entendendo que as artes marciais e os esportes de combate, por meio de estratégias criativas, podem ofertar um passo significativo na promoção do autocuidado (Wilkinson, 1996).

No término de cada oficina, foram propostas algumas técnicas de respiração com o objetivo de relaxamento e “volta a calma”. Logo, após a realização dessa intervenção, alguns usuários relataram sentimentos de tranquilidade, paz espiritual, sonolência, calma, pensamentos positivos, disposição e autocontrole. As práticas de respiração contribuem para o aperfeiçoamento da oxigenação cerebral, agindo de modo a possibilitar um alívio

em aspectos psicoemocionais, como irritabilidade, ansiedade, raiva, mágoa, serenidade e felicidade (Bassolli, 2006).

Dentro do escopo de evidências científicas, visando relacionar as artes marciais e os esportes de combate à saúde mental dos praticantes, destacamos alguns dos resultados encontrados por alguns estudos de revisões sistemáticas com meta-análise e de ensaios clínicos randomizados. Em um desses estudos, concluiu-se que o treinamento em artes marciais, na perspectiva de esporte de rendimento melhora o bem-estar e reduz os sintomas associados com a internalização de problemas de saúde mental, considerando-se assim, uma possível alternativa eficaz aos tratamentos psicológicos tradicionais (Moore et al., 2020). Corroborando, a prática de artes marciais desempenha um papel importante na promoção da saúde mental, principalmente nos níveis de ansiedade e depressão (Dib et al., 2023). Ademais, observa-se que as lutas ajudam a minimizar e/ou evitar comportamentos agressivos, ao propiciar valores de disciplina, ética, respeito e autocontrole, promovendo um impacto positivo no desenvolvimento do caráter do indivíduo (Lopez et al., 2019).

Em uma revisão publicada recentemente, os pesquisadores concluíram que as artes marciais e os esportes de combate possuem o potencial de beneficiar diversos aspectos da saúde mental, promovendo benefícios em alguns componentes, tais como: percepção visuoespacial, inibição de resposta, regulação das emoções externalizadas e habilidades de enfrentamento (Ciaccioni et al., 2024).

Para além dos aspectos psicossociais, percebeu-se que alguns usuários apresentavam comorbidades (diabetes, desnutrição, hipertensão, entre outras), podendo ser decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, além da fraqueza física, talvez pela vulnerabilidade de alguns estarem em situação de rua, e muitas vezes sem realizar devidamente as refeições ou condições socioeconômicas precárias. Nesse contexto, o usuário de crack e outras drogas normalmente apresenta alguns sintomas como a perda de apetite, falta de sono, agitação motora, que influencia na ingestão de alimentos, podendo causar a desnutrição, desidratação e gastrite (Domanico, 2006).

Ainda, percebeu-se que muitos dos usuários participantes da oficina referem comportamentos sedentários, acarretando fragilidades nos aspectos físicos, tais como diminuição da flexibilidade e força muscular, comprometimento na coordenação motora e equilíbrio. Assim, pode-se afirmar que os indivíduos sedentários, pela falta de atividade física, são afetados em sua qualidade de vida, ocasionando a diminuição de massa e força muscular, as quais podem impactar no desenvolvimento de patologias físicas (Batista & Junior, 2020).

Dessa forma, a prática de atividade física traz consigo uma série de benefícios para a saúde das pessoas, tais como a melhora da aptidão física cardiorrespiratória e muscular, o controle da pressão arterial sistêmica, maior tolerância à insulina, fortalecimento dos ossos, melhoria nos aspectos cognitivos, como desempenho acadêmico, saúde mental, redução de sintomas de depressão e ansiedade, redução da gordura corporal, entre outros fatores (World Health Organization, 2020).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Promoção da Saúde elenca as PCAF, como uma estratégia de intervenção para o cuidado em saúde, promoção do lazer e melhora da qualidade de vida. No entanto, apesar de existirem algumas iniciativas de políticas públicas com o objetivo de potencializar os espaços públicos de lazer requalificados e equipamentos de saúde para promover as PCAF, entre outras ações (Ministério da Saúde, 2011), bem como a inserção do Profissional de Educação Física na Equipe Multidisciplinar (eMulti) vinculados à Atenção Primária à Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2023), e outros dispositivos da rede de atenção à saúde, estes profissionais ainda se encontram numa posição vulnerável em relação ao contexto do trabalho no SUS. A princípio, porque trabalham principalmente com contratos precários e enfrentam dificuldades relacionadas com condições organizacionais, condições de salários e infraestrutura. Em segundo lugar, devido ao pequeno número de profissionais que trabalham na APS, sendo esse, um número insuficiente para cobrir toda a população adscrita do sistema de saúde. Além disso, dada a atual situação sociopolítica e as suas implicações a curto, médio e longo prazo, a participação dos profissionais de

Educação Física no SUS pode ser ainda mais limitada à medida que vários programas e iniciativas vêm sendo reestruturados ou descontinuados (Bandeira et al., 2022).

Desse modo, a promoção de PCAF ressalta a importância do profissional de Educação Física nos diversos dispositivos de cuidado da Rede de Atenção à Saúde, compondo as equipes multiprofissionais, nos espaços das Residências Multiprofissionais em Saúde, nos Centros de Atenção Psicossocial, nas eMulti, além da atuação no contexto hospitalar (Dutra et al., 2023).

No contexto dos CAPS, as práticas corporais podem vir a ser utilizadas como instrumento de mediação no tratamento da saúde mental por fazer parte do cuidado multiprofissional. Este é considerado importante no processo, pois apresenta papel potencializador na promoção da saúde, tendo em vista que os usuários necessitam serem vistos e cuidados na sua integralidade, sem a dissociação corpo e mente (Wachs & Fraga, 2009).

O profissional de Educação Física no contexto da saúde mental desenvolve suas atividades inserido em uma equipe interdisciplinar, conduzindo oficinas e grupos terapêuticos na perspectiva da cultura corporal de movimento que engloba esportes, ginástica, lutas, jogos e brincadeiras, atividades rítmicas e expressivas, entre outras. Além disso, podem atuar em atividades de Educação em Saúde, acolhimento de usuários, na função de Técnico de Referência (TR), em discussões de casos, atendimentos individuais e à família, na escuta qualificada, na participação no Apoio Matricial na rede, na participação em assembleias, em conselhos e conferências de saúde, entre outras possibilidades (Ferreira et al., 2017).

O profissional de Educação Física do CAPS AD, além das oficinas realizadas enquanto projeto terapêutico dos usuários, estimula a participação em diversos grupos sociais, acessando outros espaços, como: Programa Academia da Saúde, Centros Comunitários da Paz (COMPAZ), Academia do Recife, entre outros dispositivos da rede pertencentes às políticas públicas de Recife, com o propósito de estimular o interesse dos usuários enquanto inserção social, incentivando novas relações, bem como a participação e adesão de PCAF extramuros do CAPS AD.

Considerações finais

A oficina realizada no CAPS AD se apresenta como um potente recurso no desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e complementar à terapia medicamentosa dos usuários, prática que os profissionais de Educação Física podem adotar na sua atuação profissional no serviço, destinado a ofertar ações em saúde que favoreçam a promoção do cuidado em saúde, do acesso ao lazer e da reabilitação psicossocial. Nesse sentido, o grupo permitiu experimentar diferentes práticas de artes marciais, as quais a maioria dos usuários do serviço não têm oportunidade de vivenciar, pois apresenta uma carência desta parcela da população em realizar este tipo de atividade, mesmo reconhecendo os potenciais benefícios que podem contribuir no tratamento, tanto do uso prejudicial de álcool e drogas, quanto de outros agravos e comorbidades.

Diante disso, é fundamental o reconhecimento da importância das práticas corporais, não somente no contexto da saúde mental, mas em todos os espaços da vida social das pessoas. O CAPS vem ampliando, por meio de oficinas de artes marciais e esportes de combate, os conceitos de cuidado à saúde, com o foco na qualidade de vida e nas ações de promoção à saúde, voltado para diferentes práticas da clínica tradicional. Desse modo, pode-se considerar que a interdisciplinaridade oferece uma nova postura diante da produção do cuidado no SUS, rompendo com o modelo biomédico ainda vigente.

Ainda, é necessário destacar que as práticas grupais representam uma potente ferramenta terapêutica e de construção de vínculos, tanto entre os usuários, quanto com os profissionais de saúde. Com isso, a inovação de propor a oficina referida por meio do grupo terapêutico possibilitou o debate sobre a necessidade de incluir diferentes práticas corporais no CAPS AD e, no caso das artes marciais, buscar a superação do estigma associado à violência. Destaca-se também, a possibilidade de desenvolver as práticas da luta e artes marciais, sem a necessidade da cobrança de habilidades e gestos técnicos com perfeição para experienciar e conhecer

estas manifestações culturais.

Com base neste estudo, faz-se necessária e fundamental a ampliação de mais estudos, seja na perspectiva de campo e/ou novos relatos de experiências de intervenções sobre a implementação de oficinas de LAMEC que possam impactar no cuidado e reabilitação psicossocial de usuários de álcool e outras drogas que estejam em tratamento nos diversos dispositivos de cuidado na rede de atenção à saúde no SUS.

Por fim, ofertar uma oportunidade significativa para os usuários demonstrou a importância de resgatar memórias e oportunizar um olhar reformulado sobre as práticas de artes marciais e esportes de combate, como forma de disciplina, respeito, cooperação, além de ressignificar histórias pessoais e conhecer novas formas de experiências e de cuidado.

Referências

- Andraus, M. B. M. (2013). Arte marcial e agressividade. In Antunes, M. M. & Iwanaga, C.C. (Orgs.), *Aspectos multidisciplinares das artes marciais. Jundiaí* (pp. 83-99). Paco Editorial.
- Antunes, M. M., & Iwanaga, C. C. (2014). *Aspectos multidisciplinares das artes marciais*. Paco Editorial.
- Arruda, P. D. P. R., & de Souza, B. J. (2014). *Jiu-Jitsu: uma abordagem metodológica relacionada à quebra de estereótipos*. *Redfoco*, 1(1). Recuperado de <https://periodicos.apps.uern.br/index.php/RDF/article/view/340>
- Bandeira, R. O. M., Magnago, C., Freire Filho, J. R., & Forster, A. C. (2022). Inserção de profissionais de Educação Física no Sistema Único de Saúde: história, avanços e desafios. *Movimento*, 28, pp.1-21. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.122874>.
- Bassolli, R. M. (2006). *Yoga: um caminho para a luz interior*. Editora Átomo.
- Batista, V., & Júnior, V. S. (2020). A Eficácia do Ganho de Força em Indivíduos Sedentários: Revisão Integrativa/The Effectiveness of Strength Gain in Sedentary Individuals: Integrative Review. *ID on line. Revista de psicologia*, 14(51), pp.225-236. <https://doi.org/10.14295/online.v14i51.2568>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2018). *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017*, consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
- Ciaccioni, S., Castro, O., Bahrami, F., Tomporowski, P. D., Capranica, L., Biddle, S. J. H., Vergeer, I., & Pesce, C. (2024). Martial arts, combat sports, and mental health in adults: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 70, 102556. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2023.102556>.

- Daltro, M. R., & de Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 19(1), pp.223-237. <https://doi.org/10.12957/epp.2019.43015>.
- Dib, V. P., da Silva, F. O., & Pinto, A. A. (2023). O papel das lutas no combate a depressão e ansiedade: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(14), 1-7. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i14.44434>.
- Domanico, A. (2006). Craqueiros e cracados: bem-vindo ao mundo dos nórias! Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. [Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil].
- Dutra, R. P., Viero, V. D. S. F., & Knuth, A. G. (2023). Inserção de profissionais de educação física no Sistema Único de Saúde: análise temporal (2007-2021). *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.12820/rbafs.28e0296>.
- Ferreira, L. A. D. S., Damico, J. G. S., & Fraga, A. B. (2017). Entre a composição e a tarefa: estudo de caso sobre a inserção da educação física em um serviço de saúde mental. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 39, pp.176-182. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2017.02.002>.
- Ferreira, D. A. C., Ferreira, A. P. U., Bezerra, J. A. X., do Nascimento Silva, N., & Ceriani, R. B. (2018). Benefícios físicos e psicológicos adquiridos por praticantes de Jiu jitsu. *Diálogos em Saúde*, 1(2), pp.64-84. Recuperado de <https://periodicos.iesp.edu.br/dialogosemsaude/article/view/208>
- Ferreira, A. F., Moratelli, J., Carsten Junior, M. M. C., Boing, L., & Guimarães, A. C. D. A. (2019). Nível de flexibilidade de adolescentes praticantes de jiu-jitsu e judô: um estudo comparativo. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, pp.429-438. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n4.44861>.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido* (42. ed.). Paz e Terra.
- Furtado, R. P., Oliveira, M. F. M. D., Vieira, P. S., Martinez, J. F. N., Sousa, P. M. G. D., Santos, W. A., ... & Neves, R. L. D. R. (2022). Educação Física e atenção psicossocial: reflexões sobre as intervenções nos CAPS e outros espaços urbanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, pp.173-182.
- Gadelha, D. B. C., & Catanio, P. A. G. (2023). O profissional de educação física no discurso da Política Nacional de Saúde Mental. *Caderno de Educação Física e Esporte*, 21, pp.1-6. <https://doi.org/10.36453/cefe.2023.31830>.
- Guljor, A. P., & Amarante, P. (2020). Redes de Atenção Psicossocial: desafios do cuidado em tempos de pandemia. O enfrentamento do sofrimento psíquico na Pandemia, p. 42.
- Kroeff, R. F. S., Gavillon, P. Q., Ramm, L. V. (2020). Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. *Estudos & Pesquisa em Psicologia*, 20(2):464-480. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.52579>.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lopez, P. C. G., Golin, C. H., & Ribeiro, E. A. G. (2019). O conteúdo lutas no ensino médio: discursos dos professores de Educação Física da fronteira Brasil-Bolívia. *Pensar a Prática*, 22, pp.1-12. <https://doi.org/10.5216/rpp.v22.54938>.
- Melo, M. A. B. D. (2016). O ensino de lutas no PIBID/Educação Física: uma experiência pedagógica no Ensino Médio (Bachelor's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte) pp.1-64. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/47941>
- Moore, B., Dudley, D., & Woodcock, S. (2020). The effect of martial arts training on mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 24(4), pp.402-412. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.06.017>.

- Ministério da Saúde. (2011). *Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Avaliação de efetividade de programas de atividade física no Brasil*. Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/publicacoes>
- Ministério da Saúde. (2015). Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf
- Mussi, R. F. D. F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. D. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista Práxis Educacional*, 17(48), pp.60-77. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>.
- Pacheco, R. L. (2012). A influência da prática das artes marciais na redução da agressividade em adolescentes, nas aulas de Educação Física. *POLÊM! CA*, 11(3), pp.414-424. <https://doi.org/10.12957/polemica.2012.3732>.
- Paiva, L. (2015). Olhar Clínico nas Lutas, Artes Marciais e Modalidades de Combate: Preparação Física-História-Antropologia-Psicologia-Nutrição-Sociologia-Medicina Esportiva. OMP EDITORA.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011). *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado de <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.088-de-23-de-dezembro-de-2011-6809386>
- Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. (2012). *Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros*. Ministério da Saúde (BR). Recuperado de https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0130_26_01_2012_rep.html
- Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. (2023). *Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>
- Prefeitura do Recife. (2018). *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. Prefeitura do Recife. Recuperado de https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018-2021_4.pdf
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). *Aprova as Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
- Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. (2016). *Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais*. Diário Oficial da União. Recuperado de <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf>
- Ruas, V. (1998). Os extraordinários samurais e a etnografia de *Jigoro Kano*. *Práxis da Educação Física e dos Desportos*. Rio de Janeiro: UERJ, ano, 1, pp.141-176.
- Santos, J. C., Sampaio, P. Y. S., dos Santos Monteiro, O., dos Santos Silva, R. J., & Sampaio, R. A. C. (2023). Judô e saúde: uma revisão a partir da biblioteca digital brasileira de teses e dissertações. *Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, 15(3), pp.1-13. <https://doi.org/10.36692/10.36692/V15N3-71ar>.
- Veronesi, F., & Moré, C. L. O. O. (2009). A capoeira como instrumento e recurso terapêutico para pessoas com sofrimento psíquico. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 6(8), pp.50-63. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2009v6n8p50>.
- Wachs, F., & Fraga, A. B. (2009). Educação física em centros de atenção psicossocial. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 31(1). <http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/634>.

Wacquant, L. (2001). *Corpo e alma: notas etnográficas de um aprendiz de boxe*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. *Os condenados da cidade: estudos sobre marginalidade avançada*. Rio de Janeiro: Revan.

Wilkinson, L. K. (1996). The martial arts: a mental health intervention?. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 2(6), 202-206. <https://doi.org/10.1177/107839039600200604>.

World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>.

A Musicoterapia Enquanto Abordagem Psicossocial Para a Saúde Mental Infantojuvenil: Uma Revisão de Escopo

Maria Eduarda Soares Moreira¹ , Frederico Gonçalves Pedrosa² 

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais

Resumo: A presente pesquisa investiga a literatura nacional sobre a atuação da Musicoterapia no contexto psicossocial brasileiro com foco em crianças e adolescentes. Por meio de uma revisão de escopo, foram analisados estudos que abordam intervenções musicoterapêuticas, levantando evidências iniciais sobre a eficácia dessa prática na promoção da saúde mental, bem como influências em aspectos sociais desses jovens. A metodologia incluiu uma análise abrangente de artigos selecionados com bases de dados relevantes, utilizando a estratégia PCC (População, Contexto, Conceito). Os resultados desta pesquisa indicam que a Musicoterapia pode contribuir para o desenvolvimento de habilidades sociais, emocionais e comunicativas, além de proporcionar um meio eficaz para a expressão emocional e a construção de sociabilidades. No entanto, nos textos levantados não foram encontradas mudanças estatisticamente significativas em comportamentos automutilatórios ou em desempenho social medidos por instrumentos psicométricos. A revisão aponta a necessidade de mais pesquisas no Brasil, especialmente focadas na prática da atenção psicossocial, nos efeitos das intervenções musicoterapêuticas e na necessidade de padronização de intervenções.

Palavras-chave: Musicoterapia, Psicossocial, Saúde Mental, Criança, Mudança Social.

Music Therapy As A Psychosocial Approach to Child and Adolescent Mental Health: A Scoping Review

Abstract: This research investigates the Brazilian literature on the role of music therapy in the national psychosocial context, focusing on children and adolescents. Through a scoping review, studies addressing music therapy interventions were analyzed, providing initial evidence on the effectiveness of this practice in promoting mental health and influencing the social aspects of these young individuals. The methodology included a comprehensive analysis of articles selected from relevant databases, using the PCC strategy (Population, Context, Concept). The results of this research indicate that music therapy can contribute to the development of social, emotional, and communicative skills, as well as provide an effective means for emotional expression and the construction of social relationships. However, the reviewed texts did not find statistically significant changes in self-harming behaviors or social performance as measured by psychometric instruments. The review highlights the need for further research in Brazil, particularly focused on psychosocial care practices, the effects of music therapy interventions, and the standardization of interventions.

Keywords: Music Therapy, Psychosocial, Mental Health, Child, Social Change.

¹ Graduanda. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, Brasil. *E-mail:* dudasoaresmoreira9@gmail.com.

² Doutor. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, Brasil. *E-mail:* fredericopedrosa@ufmg.br.

INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde mental no Brasil tem uma longa trajetória marcada por transformações significativas, refletindo uma evolução no entendimento e na abordagem das questões psicossociais. Historicamente, o modelo de cuidado esteve centrado em instituições manicomiais, que muitas vezes proporcionaram um tratamento segregado e desumanizante para os indivíduos com transtornos mentais (Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Essa realidade começou a mudar com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, um movimento que teve início na década de 1970 e se consolidou com a Lei nº 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001 (Devera; Costa-Rosa, 2007), que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, representando um marco importante na transformação do modelo de tratamento de saúde mental no país. No entanto, ações manicomiais ainda tomam lugar no território nacional (Krein, 2022).

A Reforma Psiquiátrica visou substituir o modelo asilar por um modelo comunitário e inclusivo, promovendo a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (Amarante; Nunes, 2018). A legislação e as políticas públicas resultantes dessa reforma tiveram um impacto profundo, criando um novo paradigma para o cuidado em saúde mental, com foco na reintegração social e na promoção da qualidade de vida dos indivíduos. Foram estabelecidas novas estruturas substitutivas aos hospitais psiquiátricos em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Amarante; Nunes, 2018).

A RAPS é um sistema integrado de serviços de saúde mental, criado para atender pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. A RAPS faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e inclui diversos pontos de atenção, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos, entre outros. A rede tem como objetivo garantir a integralidade do cuidado, promovendo a autonomia, liberdade e desmedicalização, além de um atendimento interdisciplinar realizado no território (Desinstitute, 2021).

Em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, os CAPS são denominados Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM). O que ensejou a criação destes serviços foi a Lei de número 11.802, em 18/01/1995, conhecida como Lei Carlão. Esta lei regulamentou

a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental³ (sic); determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. (Minas Gerais, 1995, p. 1)

No contexto específico do cuidado às crianças e aos adolescentes, a reforma psiquiátrica começou a se desenhar com o reconhecimento crescente das necessidades particulares dessa faixa etária. Historicamente, a saúde mental infantil no Brasil foi negligenciada, com poucas iniciativas voltadas para essa população (Cunha; Boarini, 2011). Durante o início do século XX, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes esteve ligada às práticas higienistas e eugenistas, que focavam na prevenção e no controle de comportamentos desviantes mais do que no tratamento e cuidado (Devera; Costa-Rosa, 2007). A implementação de serviços como os CAPS infantis (ou infantojuvenis, em alguns locais) sinaliza uma mudança importante, mas a construção de um sistema efetivo de atenção à saúde mental para crianças e adolescentes requer uma contínua reflexão crítica e a renovação das práticas, além de um maior investimento em pesquisa e formação de profissionais especializados (Cunha; Boarini, 2011).

Especificamente para crianças e adolescentes, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) representou um avanço significativo. Instituídos pela Portaria 336/2002, os CAPSi foram concebidos para oferecer um atendimento especializado e interdisciplinar, buscando integrar cuidados clínicos com a inclusão social e o suporte às famílias (Brasil, 2002). Em Belo Horizonte, o CERSAMi corresponde ao CAPSi

³ A lei utilizou esse termo no ano de 1995, mas as políticas atuais indicam que se considere haver pessoas “com” sofrimento mental (Brasil, 2001).

e trata-se de um modelo terapêutico que não retira o usuário de seu contexto social e relacional, funcionando como um serviço ambulatorial e de hospitalidade noturna para casos que se encontram em tratamento (Campos, 1998; Minas Gerais, 2017).

Outro processo histórico importante para se pensar os cuidados psicossociais da população infantojuvenil foi a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que envolveu várias fases de evolução nas políticas públicas e na percepção dos direitos de crianças e adolescentes no Brasil. A criação do ECA, sancionado em 13 de julho de 1990, foi um marco significativo que incorporou os avanços previstos na Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas (BRASIL, 2021). Este estatuto surgiu para concretizar o Artigo 227 da Constituição Federal, que estabelece direitos e garantias fundamentais para essa população. A implementação do ECA representou uma mudança de paradigma, passando a tratar crianças e adolescentes como sujeitos de direitos com prioridade absoluta, reforçando a responsabilidade compartilhada entre família, sociedade e Estado para garantir seu pleno desenvolvimento e proteção contra discriminação, exploração e violência (ECA, 2021).

O ECA estabelece princípios e diretrizes fundamentais para a proteção integral das crianças e dos adolescentes, tais como a municipalização do atendimento, a implementação de medidas socioeducativas, a integração de políticas públicas, a participação da sociedade civil, a capacitação profissional e a priorização de recursos e ações voltadas para a infância e adolescência (ECA, 2021).

Até 2016, Belo Horizonte contava com apenas dois serviços de saúde para o tratamento de sofrimento mental e de consequências do uso de álcool e drogas destinado ao público infantojuvenil, o CERSAMi Noroeste e o Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CePAI), localizado na Regional Leste, com atendimento insuficiente para a totalidade da demanda da cidade. Depois disso houve a implantação de um novo equipamento, o CERSAMi Nordeste. A primeira autora deste artigo realizou atendimentos como estagiária de Musicoterapia no CERSAMi Nordeste ao longo de 2023, sob a orientação do segundo autor, amparada pela abordagem de Musicoterapia Social e Comunitária. Durante o

processo, foram alcançados objetivos significativos, como a promoção do vínculo e da interação entre estagiária e participantes, além do desenvolvimento da autoexpressão e autonomia dos envolvidos. No entanto, uma limitação observada naquele momento foi a escassez de material bibliográfico sobre o tema, o que motivou a realização desta pesquisa.

A União Brasileira das Associações de Musicoterapia (2018) define a Musicoterapia como um campo de conhecimento que estuda os efeitos da música e da utilização de experiências musicais, resultantes do encontro entre o/a musicoterapeuta e as pessoas assistidas. A prática da Musicoterapia objetiva favorecer o aumento das possibilidades de existir e agir, seja no trabalho individual, com grupos, nas comunidades, organizações, instituições de saúde e sociedade, nos âmbitos da promoção, prevenção, reabilitação da saúde e de transformação de contextos sociais e comunitários; evitando dessa forma que haja danos ou diminuição dos processos de desenvolvimento do potencial das pessoas e/ou comunidades.

Desta forma, o objetivo desta pesquisa é investigar na literatura os resultados das ações musicoterapêuticas com a população infantojuvenil no contexto psicossocial brasileiro. Na próxima seção expomos os caminhos metodológicos que utilizamos para realizar esta pesquisa e, subsequentemente, apresentamos os resultados.

METODOLOGIA

A presente pesquisa trata de revisão de escopo que objetiva investigar a atuação da Musicoterapia com crianças e adolescentes no contexto psicossocial brasileiro. A revisão de escopo é uma metodologia que visa mapear a literatura existente sobre um tema amplo e complexo, oferecendo uma visão geral e explorando a amplitude da literatura disponível (Cordeiro; Soares, 2019).

Para estruturar a revisão, utilizou-se a estratégia PCC (População, Contexto, Conceito) (Cordeiro; Soares, 2019). A população-alvo é

constituída por crianças e adolescentes, o contexto é o psicossocial brasileiro e o conceito central é a intervenção de Musicoterapia. A busca bibliográfica foi orientada pelos seguintes descritores: “musicoterapia” e “psicossocial” e “adolescência”; “musicoterapia” e “psicossocial” e “jovens”; “musicoterapia” e “psicossocial” e “crianças”.

Os critérios de inclusão foram definidos como artigos publicados em português que tratam da prática de Musicoterapia com a população infantojuvenil e que foram escritos por musicoterapeutas ou que abordam a prática de musicoterapeutas. Foram excluídos da análise artigos que não discutem a Musicoterapia no contexto psicossocial; que não tratam da população infantojuvenil; ou que não abordam a prática da Musicoterapia. A pesquisa incluiu trabalhos realizados em qualquer período, dado que revisão preliminar indicou poucos textos publicados sobre o tema.

A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: Revista Brasileira de Musicoterapia, Revista InCantare, Base de Periódicos CAPES, PePSIC e SciELO. Essas bases foram escolhidas por sua relevância e cobertura na área de Musicoterapia e contextos psicossociais, com a finalidade de uma ser uma coleta representativa de artigos sobre o tema.

Posteriormente os textos foram analisados mediados pelo *software* requalify.ai (Martins; Souza; Freitas, 2024), baseado em inteligência artificial. O requalify.ai apresenta várias funções de mineração que levantam temas gerais e temas específicos no conjunto de textos e em cada texto isoladamente. A mineração de textos é um processo cujo objetivo é extrair informações úteis de conjuntos de dados não estruturados ou semiestruturados, como um conjunto de textos (Pedrosa; Reis, 2022). O requalify.ai é capaz de classificar a proximidade entre os textos, os temas e verificar a relevância de cada um desses temas. Utilizaremos as funções “tags⁴”, que categoriza analiticamente o conjunto de textos de forma mais generalista, e “subtags”, que levanta categorias mais especializadas no contexto de documentos específicos. Por meio deste procedimento, o

⁴ As palavras “tag” e “subtag” vêm do inglês, mas as reproduzimos aqui sem itálico, pois são categorias de análise fornecidas pelo próprio *software* utilizado.

software lematiza os assuntos principais do *corpus*. Posteriormente usaremos a função “dendograma”, que realiza uma classificação hierárquica descendente dos assuntos principais e uma análise de redes que verifica a frequência do tema pelo tamanho do nodo e centralidade. Enquanto o resultado da análise de tags e subtags são tabelas que condensam os resultados, o resultado do dendograma e da análise de redes, no próprio *software*, são imagens que apresentam os grafos gerados.

Retomando que o objetivo do trabalho é investigar os resultados das ações musicoterapêuticas com a população infantojuvenil no contexto psicossocial brasileiro descritos na literatura, aqui, não se farão discussões mais pormenorizadas sobre os achados das pesquisas levantadas pela revisão, mas se apontarão quais são os resultados das ações musicoterapêuticas e em qual magnitude, além de se indicarem algumas relações com pesquisas anteriores.

RESULTADOS

A revisão de literatura se deu entre os dias 24 de junho a 12 de julho de 2024. Foram encontrados 169 textos na base de periódicos CAPES; 65 textos na SciELO; 16 textos na PePSIC; 73 textos na Revista InCantare; e 11 textos na Revista Brasileira de Musicoterapia. Pela leitura do título e resumo foram selecionados 8 textos para leitura completa, excluindo os que não tratavam de Musicoterapia com crianças e adolescentes e não indicavam achados no contexto psicossocial, bem como os textos duplicados. Ao ler todos os textos, selecionamos 6, que passaram por todos os critérios de inclusão e exclusão, os quais tratamos a seguir.

Vivarelli (2006) realizou um estudo qualitativo e exploratório, com o objetivo de investigar como a música pode contribuir para a “constituição do sujeito” em crianças com autismo e psicose infantil; analisar as ressonâncias da música e das palavras na terapia dessas condições; bem como explorar a interação entre música e linguagem no desenvolvimento subjetivo das crianças. A metodologia envolveu a análise teórica de casos clínicos, observações e interpretações psicanalíticas,

utilizando a música como ferramenta terapêutica. Os resultados demonstraram que a música e as palavras desempenham um papel na formação do sujeito, e a música, em especial, auxilia na expressão emocional. A Musicoterapia foi um recurso terapêutico valioso para crianças com autismo e psicose infantil, proporcionando um meio eficaz para a expressão emocional e a constituição do sujeito, apontando para a sua relevância no tratamento dessa população.

Santos e colaboradores (2011) realizaram uma pesquisa do tipo qualitativa na cidade de Goiás com o objetivo de investigar como a Musicoterapia em grupo pode contribuir para o fortalecimento da subjetividade de adolescentes. Participaram da pesquisa sete pessoas, três do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com idades entre 10 e 13 anos. Os instrumentos utilizados foram: ficha musicoterapêutica, preenchida na primeira sessão; entrevistas, realizadas na penúltima sessão; relatórios, realizados no fim de cada sessão. Após cada sessão, foram transcritos relatórios dos momentos mais relevantes para a pesquisa, assim como de sessões gravadas. Em seguida, o pesquisador realizou a escuta e a análise musicoterapêuticas desses momentos, no intuito de perceber qual ideia os participantes da pesquisa tinham de música. Essas manifestações sonoras foram analisadas à luz do referencial teórico da pesquisa para compreender como foram construídos os significados e os sentidos do processo musicoterapêutico. Encontraram que o processo teve quatro fases (1ª fase: Ritmos brasileiros e *rap*; 2ª fase: Ritmos e audição musical, recriação musical e expressão corporal; 3ª fase: Ritmo, voz, concentração; 4ª fase: Composição) e que o fazer musical no *setting* musicoterapêutico com os adolescentes da pesquisa mobilizou funções superiores, como memória, pensamento, linguagem e emoção. Isso foi corroborado por meio das falas dos participantes, as quais descrevem relações com contextos do *setting* e fora dele, mostrando que o fazer musical alcançou a amplitude esperada, ou seja, afetou suas subjetividades em grande amplitude.

Michahelles (2011) faz um estudo de caso clínico que descreve o acompanhamento terapêutico de uma criança ao longo de cerca de quatro anos no CAPSi (Centros de Atenção

Psicossocial Infantojuvenis) da rede pública do Rio de Janeiro. Esta pesquisa apresenta natureza qualitativa, com foco em observar e descrever as mudanças no comportamento e nas habilidades sociais e comunicativas do paciente em um ambiente de terapia coletiva. O objetivo principal, portanto, foi relatar como aconteceram os atendimentos e investigar como a Musicoterapia pode ser utilizada no tratamento de crianças com graves sofrimentos psíquicos em um ambiente coletivo, além de demonstrar como pode contribuir na autoexpressão e na capacidade de fazer laços sociais. Os principais resultados foram redução do isolamento, criação de laços sociais e melhora na comunicação e na expressão emocional.

Anjos e colaboradores (2017) realizaram uma revisão de literatura de caráter exploratório com objetivo de pesquisar como a Musicoterapia tem sido utilizada em intervenções psicológicas com crianças; identificar os principais contextos de aplicação, os modelos de intervenção mais frequentes combinados a ela; bem como verificar os efeitos relatados das intervenções psicológicas aliadas. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados BVS e PubMed, por meio dos descritores específicos. Onze artigos foram selecionados e analisados, predominantemente de origem internacional (principalmente dos EUA), e apenas um brasileiro. Da população estudada, eram 45,5% crianças com autismo, 27,3% crianças em risco (hospitalização ou negligência), 18,3% bebês prematuros e 9,1% bebês com deficiência congênita ou adquirida. A metodologia foi majoritariamente quantitativa (63,6% quantitativos), contendo também trabalhos qualitativos (27,3%) e mistos (9,1%). Três dos 11 artigos relataram melhorias nos aspectos social, psicológico e comportamental das crianças. O estudo levanta dados sobre a eficácia da Musicoterapia e a necessidade de se fazerem mais pesquisas, especialmente no Brasil.

Costa e Zanini (2022), por meio de um estudo do tipo antes e depois, de metodologia mista, buscaram investigar as possíveis contribuições da Musicoterapia no tratamento de um grupo de adolescentes automutiladores em um CAPSi na cidade de Goiânia-GO. Para tanto, utilizaram os

instrumentos de medida Escala de Comportamento de Automutilação (*Functional Assessment of Self-Mutilation – FASM*) e a Escala de Impulsividade de Barrat na versão 11 (*Barrat Impulsivity Scale – BIS-11*), instrumentos de heterorrelato. Cada sessão de musicoterapia seguiu uma estrutura preestabelecida, contendo três momentos: de acolhimento e canção inicial; de desenvolvimento, realizado por meio de atividades semiestruturadas utilizando as técnicas de recriação, audição e composição musical; e de finalização ou processamento, encerrando com uma palavra ou frase que significasse a experiência vivida para cada participante. Participaram 9 adolescentes (2 do sexo masculino e 7 do sexo feminino), após as sessões, os testes qui-quadrado informaram diminuição estatisticamente significativa sobre comportamentos de parar sentimentos ruins, mostrar desespero, deixar outros com raiva, sentir-se relaxado, planejar viagens e ter autocontrole ($p < 0,05$), bem como aumento estatisticamente significativo do comportamento de agir no calor do momento ($p < 0,05$). As análises qualitativas trataram de descrição das sessões e consideraram que as experiências de recriação e audição musical contribuíram efetivamente para diminuição dos comportamentos de automutilação, bem como diminuição da impulsividade, enquanto a experiência de composição musical contribuiu para a regulação, estruturação, expressão, comunicação e ressignificação dos sentimentos e emoções, além de ampliar a interação interpessoal por meio de identificação.

Silva e colaboradores (2022) realizaram estudo piloto que teve como objetivo comparar o desempenho social de crianças em situação de vulnerabilidade socioeconômica e familiar antes e após uma intervenção de Musicoterapia. O estudo foi realizado com 7 crianças de 7 a 9 anos, em uma instituição em Belém-PA que oferece atividades educativas e de saúde. Foram aplicados dois instrumentos para avaliação: o Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) e o Inventário de Habilidades Sociais (SSRS). A intervenção consistiu em 10 sessões de Musicoterapia, com a primeira e a última sendo dedicadas à avaliação e reavaliação dos participantes. As análises estatísticas não revelaram

diferenças significativas nas medidas avaliadas antes e depois da intervenção. É curioso notar que a reavaliação com o IMTAP sugeriu um aumento nas habilidades sociais, enquanto a reavaliação com o SSRS indicou uma diminuição nas habilidades sociais e um aumento nos comportamentos problemáticos. Apesar disso, os relatos dos pais sugeriram uma melhoria geral nos comportamentos sociais das crianças.

Estudos sobre os textos

De posse dos estudos supracitados e por meio do *software* requalify.ai, realizamos uma série de estudos a fim de verificar os resultados de ações musicoterapêuticas com a população infantojuvenil. Inicialmente fizemos uma nuvem de palavras (figura 1) que identifica os vocábulos com maior frequência no *corpus*. Na nuvem de palavras, além dos descritores das pesquisas, verificamos uma preponderância de “habilidades”, “social”, “sociais”, “intervenção” e “música”, que dão um indício inicial do campo semântico destes textos.

Figura 1

Nuvem de palavras



Posteriormente, verificamos quais foram as tags e subtags elencadas pelo *software*. Foram levantadas 10 tags e 32 subtags. Tanto o título quanto a descrição destas estão dispostos na tabela 1. Vale lembrar que tanto as tags quanto as subtags foram descobertas pelo *software* baseado em Inteligência Artificial, sem qualquer intervenção dos pesquisadores. Neste ponto, salienta-se que a nomeação dos temas expostos na tabela 1 se dá com base nas próprias palavras expressas pelos autores dos textos resultantes do levantamento bibliográfico.

Tabela 1*Tags e subtags descobertas**continua*

ID	Nome da subtag	Descrição
a	Importância da abordagem multidisciplinar	O estudo destaca a complexidade da automutilação na adolescência e a importância de uma abordagem multidisciplinar que envolva profissionais de saúde mental e a família. Essa colaboração é essencial para desenvolver estratégias terapêuticas mais eficazes e abrangentes no tratamento de adolescentes com comportamentos autolesivos.
b	Necessidade de mais pesquisas e métodos de avaliação rigorosos	Apesar dos resultados positivos, a revisão da literatura aponta para a escassez de publicações sobre o tema, sugerindo a necessidade de se fazerem mais pesquisas com maior controle experimental. A falta de resultados significativos foi atribuída ao tempo limitado da intervenção e à necessidade de métodos de avaliação mais rigorosos e variados.
c	Qualificação dos profissionais de Musicoterapia	A maioria das intervenções foi realizada por musicoterapeutas qualificados, o que ressalta a importância da formação e da competência profissional na eficácia das práticas de Musicoterapia. A escuta ativa e sensível dos musicoterapeutas é fundamental para que as crianças se sintam valorizadas e compreendidas.
d	Importância da ludicidade nas intervenções	As intervenções musicoterapêuticas utilizam o brincar e a ludicidade como ferramentas essenciais, facilitando a expressão de sentimentos e o aprendizado de novos comportamentos. A ludicidade é crucial para o desenvolvimento infantil, especialmente em crianças em situações de ansiedade ou medo.
e	Eficácia da Musicoterapia em crianças e adolescentes	A Musicoterapia se mostra como uma intervenção eficaz para crianças e adolescentes, promovendo melhorias significativas em habilidades sociais e de comunicação, especialmente em casos de autismo e comportamentos autolesivos. A prática é destacada como uma alternativa promissora nas intervenções psicológicas, atuando na minimização dos efeitos de sintomas de psicopatologias.
f	Fases da intervenção musicoterapêutica	A aplicação da Musicoterapia é descrita em quatro fases distintas, cada uma com objetivos específicos: a primeira foca na sociabilização utilizando ritmos brasileiros e <i>rap</i> ; a segunda incentiva a recriação de canções para facilitar a comunicação; a terceira envolve exercícios de concentração e técnica vocal; e a quarta culmina na composição de uma canção que simboliza a transição da infância para a adolescência.
g	Mudanças na percepção pessoal e relacional	As intervenções em Musicoterapia indicaram mudanças significativas nas percepções dos adolescentes sobre si mesmos e suas relações sociais, incluindo a redução da timidez e melhorias na convivência familiar. Essas transformações são indicativas do impacto positivo da musicoterapia na vida dos jovens.
h	Impacto da Musicoterapia em contextos de vulnerabilidade	A Musicoterapia é reconhecida como uma prática preventiva e transformadora, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. Os resultados indicam que a intervenção não apenas promove a autoexpressão, mas também contribui para o desenvolvimento emocional e social dos adolescentes, reforçando sua relevância no campo dos cuidados psicossociais.
i	Expressão emocional e sociabilização	A Musicoterapia promove a sociabilização e a expressão emocional dos adolescentes, facilitando a comunicação e a interação social. Essa prática é crucial para o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais, especialmente em contextos de vulnerabilidade, em que os adolescentes podem se beneficiar de uma intervenção que promove a autoexpressão e o desenvolvimento emocional.
j	Fortalecimento da subjetividade e identidade	A Musicoterapia contribui para o fortalecimento da subjetividade dos adolescentes, permitindo a expressão de conteúdos internos e a construção de uma identidade sonoro-musical. Esse processo é essencial durante a fase de transição da infância para a adolescência, facilitando a autoexpressão e a formação de vínculos sociais.
1	Importância da escuta ativa	A escuta ativa e sensível dos musicoterapeutas é fundamental para que as crianças se sintam valorizadas e compreendidas. A prática de “não saber” permite que os profissionais aprendam com os pacientes, facilitando a construção de novos significados e relações.

Tabela 1*Tags e subtags descobertas**continua*

ID	Nome da subtag	Descrição
2	Experiência de Iago	O caso de Iago, um menino autista, exemplifica como a Musicoterapia pode facilitar a comunicação e a expressão emocional. Inicialmente isolado, Iago começa a se envolver com os instrumentos e a interagir com os outros, desenvolvendo sua capacidade de expressão verbal e social por meio da música.
3	A música como ferramenta de comunicação	A música é apresentada como uma forma de comunicação que permite às crianças expressar suas experiências e emoções de maneira mais livre, transcendendo as limitações da linguagem verbal. A escuta atenta transforma o que não é música em uma experiência musical significativa.
4	Resultados transformadores da Musicoterapia	A Musicoterapia, mesmo em um contexto não tradicional, pode gerar experiências significativas e transformadoras. Iago, por exemplo, não apenas se torna mais comunicativo, como também encontra na música uma forma de expressar seus sentimentos e desejos, o que impacta positivamente sua vida.
5	Necessidade de abordagem multidisciplinar	O estudo destaca a complexidade da automutilação na adolescência e a importância de uma abordagem multidisciplinar que envolva profissionais de saúde mental e a família. Essa colaboração é essencial para desenvolver estratégias terapêuticas mais eficazes e abrangentes no tratamento de adolescentes com comportamentos autolesivos.
6	Construção de identidade e autoexpressão por meio da música	A escolha musical e a composição foram identificadas como elementos cruciais para a construção da identidade e a autoexpressão dos adolescentes. A Musicoterapia oferece um espaço seguro para que os jovens explorem suas emoções e se expressem de maneira criativa, o que é essencial para o desenvolvimento pessoal.
7	Importância da interação social na Musicoterapia	A Musicoterapia não apenas promove a expressão emocional, como também facilita a interação social entre os participantes. A construção de vínculos durante as sessões é um aspecto importante que pode ajudar os adolescentes a se sentirem menos isolados e mais apoiados em suas experiências.
8	Construção da identidade e autoexpressão por meio da música	A escolha musical e a composição foram identificadas como elementos cruciais para a construção da identidade e a autoexpressão dos adolescentes. A Musicoterapia oferece um espaço seguro para que os jovens possam expressar suas vivências e sentimentos, facilitando a autoexploração e a formação de vínculos.
9	Impacto da Musicoterapia na regulação emocional	As atividades rítmicas e de relaxamento promovidas pela Musicoterapia contribuíram para a regulação emocional dos adolescentes, permitindo que eles se conectassem com emoções e conflitos internos. Essa conexão é fundamental para o enfrentamento das dores emocionais e a conscientização sobre seus problemas.
10	Eficácia da Musicoterapia na redução da automutilação	A Musicoterapia demonstrou ser uma intervenção eficaz na diminuição dos comportamentos de automutilação entre adolescentes, 66,7% dos participantes apresentaram redução após as intervenções. Essa eficácia é evidenciada pela aplicação de escalas de comportamento que mostraram uma tendência de redução em várias formas de automutilação, mesmo sem significância estatística em todos os casos.
11	Ética psicanalítica na Musicoterapia	O estudo propõe uma nova fundamentação para a Musicoterapia que respeite a ética psicanalítica, reconhecendo a música como uma linguagem capaz de facilitar a comunicação e a expressão em crianças com dificuldades de interação. Essa perspectiva amplia a compreensão do papel da Musicoterapia no contexto psicossocial.
12	A música como ferramenta terapêutica	A música é descrita como um recurso terapêutico que facilita a emergência do sujeito, promovendo inclusão e desenvolvimento pessoal. O caso clínico de Ken ilustra como a música pode ser utilizada para melhorar a comunicação e interação social em crianças autistas, simbolizando uma conexão familiar e progresso na verbalização.

Tabela 1*Tags e subtags descobertas**continua*

ID	Nome da subtag	Descrição
13	Experiência clínica com Ken	O caso clínico de Ken, um menino autista, ilustra a eficácia da Musicoterapia na promoção da comunicação e interação social. Por meio da música, Ken começou a se expressar e a interagir, demonstrando avanços significativos em sua verbalização e conexão com o outro.
14	Dispositivo clínico no CAPSi	O estudo propõe um novo dispositivo clínico no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, onde a música é utilizada como ferramenta para facilitar a emergência do sujeito, promovendo avanços significativos em comunicação e interação social, como exemplificado no caso de Ken.
15	Lacunas na literatura	Identificação de lacunas na literatura sobre Musicoterapia com crianças e adolescentes em contextos de vulnerabilidade social, destacando a necessidade de se fazerem mais pesquisas para entender melhor a eficácia das intervenções.
16	Necessidade de métodos de avaliação rigorosos	A falta de resultados significativos foi atribuída ao tempo limitado da intervenção e à necessidade de métodos de avaliação mais rigorosos e variados, indicando que a pesquisa em Musicoterapia deve avançar em termos de metodologias e instrumentos utilizados.
17	Importância da música na educação e no desenvolvimento infantil	O estudo sugere que a música, como ferramenta de intervenção, pode favorecer o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais, além de contribuir para a autorregulação e diminuição de comportamentos inadequados, como <i>bullying</i> e agressividade.
18	Resultados da intervenção musicoterapêutica	Embora os resultados não tenham mostrado diferenças estatisticamente significativas nas medidas de desempenho social, houve um aumento nas pontuações do IMTAP e relatos de melhorias na emissão de comportamentos sociais adequados por parte dos pais, indicando possíveis efeitos positivos da Musicoterapia.
19	Impacto da Musicoterapia no desempenho social	O estudo investigou como a intervenção musicoterapêutica influenciou o desempenho social de crianças em situação de vulnerabilidade, utilizando instrumentos como o SSRS e o IMTAP para medir habilidades sociais e comportamentos problemáticos antes e após a intervenção.
20	Musicoterapia como recurso terapêutico	A Musicoterapia é apresentada como uma alternativa promissora nas intervenções psicológicas, atuando na minimização dos efeitos de sintomas de psicopatologias e na diminuição da dor, além de facilitar a aceitação de procedimentos invasivos. O estudo ressalta a importância da música como um recurso terapêutico valioso para o desenvolvimento infantil.
21	Importância do brincar e da ludicidade	As intervenções em Musicoterapia enfatizam a importância do brincar e da ludicidade, facilitando a expressão de sentimentos e o aprendizado de novos comportamentos, o que é crucial para o desenvolvimento infantil.
22	Necessidade de se fazerem mais pesquisas	Apesar dos resultados positivos, a revisão da literatura aponta para a escassez de publicações sobre o tema, sugerindo a necessidade de se fazerem mais pesquisas com maior controle experimental para fortalecer as evidências sobre a eficácia da musicoterapia no contexto infantil.
23	Melhorias comportamentais e psicológicas	Os resultados das intervenções em Musicoterapia indicaram melhorias em aspectos comportamentais, psicológicos e sociais das crianças, destacando a Musicoterapia como uma alternativa promissora nas intervenções psicológicas.
24	Eficácia da Musicoterapia em crianças com autismo	A Musicoterapia se mostra como uma intervenção eficaz para crianças diagnosticadas com autismo, promovendo melhorias significativas em habilidades sociais e de comunicação, conforme evidenciado na literatura revisada.
25	Intervenções lúdicas	As intervenções musicoterapêuticas utilizam o brincar e a ludicidade como ferramentas essenciais, facilitando a expressão de sentimentos e o aprendizado de novos comportamentos, especialmente em crianças em situações de ansiedade ou medo.

Tabela 1*Tags e subtags descobertas**conclusão*

ID	Nome da subtag	Descrição
26	Eficácia da Musicoterapia	A Musicoterapia é reconhecida como uma intervenção eficaz em aspectos da saúde e do desenvolvimento das crianças, demonstrando ganhos significativos tanto em saúde física quanto em habilidades musicoterapêuticas.
27	Importância da Musicoterapia em contextos de vulnerabilidade	A pesquisa destaca a Musicoterapia como uma prática preventiva e transformadora, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. A intervenção não apenas promove a autoexpressão, como também contribui para o desenvolvimento emocional e social dos adolescentes, reforçando sua relevância no campo dos cuidados psicossociais.
28	Construção da identidade na adolescência	A adolescência é um período crucial para a formação da identidade, durante o qual os jovens enfrentam desafios emocionais e sociais que influenciam sua autoimagem e relações interpessoais. A Musicoterapia se apresenta como uma ferramenta que auxilia nesse processo, permitindo a expressão de sentimentos e a construção de uma identidade sonoro-musical.
29	Intervenções com crianças	Alexandre Gonzaga dos Anjos e sua equipe revisaram a literatura sobre Musicoterapia em intervenções psicológicas com crianças, especialmente aquelas diagnosticadas com autismo. Os estudos analisados mostraram melhorias em habilidades sociais e de comunicação, embora a pesquisa também apontasse a necessidade de haver mais publicações e estudos com controle experimental. A ludicidade e o brincar foram destacados como elementos essenciais nas intervenções.
30	Impacto da Musicoterapia na adolescência	O artigo de Hermes Soares dos Santos e colaboradores investiga como a Musicoterapia fortaleceu a subjetividade de sete adolescentes em um projeto social em Goiânia. A pesquisa, dividida em quatro fases, mostrou que a Musicoterapia facilitou a expressão emocional, a sociabilização e a construção de uma identidade sonoro-musical. Os resultados indicaram melhorias nas relações sociais e na autoimagem dos participantes, destacando a Musicoterapia como uma prática preventiva e transformadora.
31	Mudanças na percepção pessoal	As entrevistas revelam que os participantes experimentaram mudanças significativas em suas percepções sobre si mesmos, incluindo redução da timidez e melhoria na convivência familiar, o que demonstra o impacto positivo da Musicoterapia na subjetividade dos adolescentes.
32	Fortalecimento da subjetividade	A Musicoterapia contribui para o fortalecimento da subjetividade dos adolescentes, permitindo a expressão de conteúdos internos e a construção de uma identidade sonoro-musical, essencial durante a fase de transição da infância para a adolescência.

Cabe salientar que as técnicas expostas nas tags e subtags, bem como em suas descrições, tratam de algumas das técnicas musicoterapêuticas possíveis de serem utilizadas em sessões de Musicoterapia – as tags e subtags generalizaram conceitos e procedimentos. De forma geral, apontam o que autores dos textos revisados realizaram em seus atendimentos musicoterapêuticos, singularizados e direcionados para situações específicas que relataram em seus artigos.

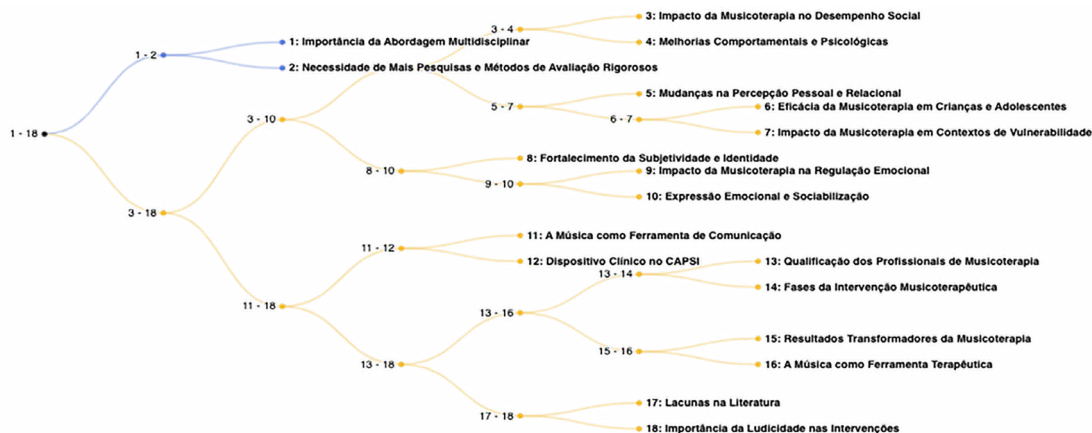
Após a etapa da descoberta das tags e subtags, escolhemos as 10 tags listadas pela IA e 8 das subtags, que apresentaram resultados novos das ações musicoterapêuticas em relação às tags. Essas subtags são: 9 - impacto da Musicoterapia na regulação emocional; 12 - a música como ferramenta terapêutica; 14 - dispositivo clínico no CAPSi; 15 - lacunas na literatura; 19 - impacto da Musicoterapia no desempenho social; 23 - melhorias comportamentais e psicológicas.

De posse destas categorias, verificamos em um dendrograma (figura 2), uma representação gráfica em forma de árvore que mostra a disposição hierárquica de vários elementos com base em suas similaridades ou diferenças, as relações entre categorias ou códigos identificados nos dados. Eles ajudam a entender como diferentes conceitos estão interligados e podem revelar estruturas e padrões emergentes.

É interessante notar que alguns resultados da Musicoterapia são intimamente relacionados a outros, como: impactos da Musicoterapia no desempenho social estão conectados a melhorias comportamentais e psicológicas; as mudanças na percepção pessoal e relacional estão conectadas aos impactos da Musicoterapia em contextos de vulnerabilidade; o fortalecimento de subjetividade e identidade estão conectados à regulação e expressão emocional e socialização.

Figura 2

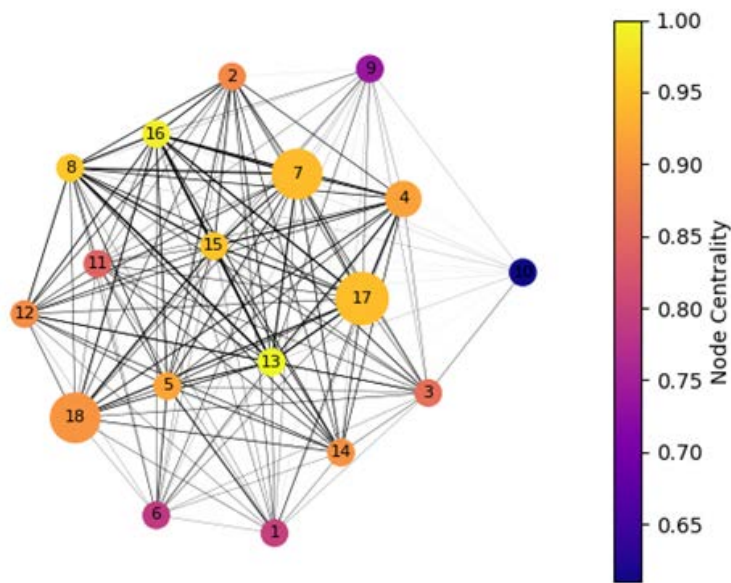
Dendograma com as tags e subtags



Como esses resultados são o objetivo principal deste levantamento bibliográfico, verificamos em uma análise de redes quais são os desfechos mais relatados (na figura 3 a frequência é representada pelo tamanho dos nodos) e, entre estes, o que tem maior centralidade de força, ou seja, o quanto estes nodos estão mais conectados a outros nodos – a centralidade é representada em cores, variando de 0 a 1, na lateral da figura 3.

Figura 3

Análise de redes com as tags e subtags



Nota: 1 - A Música como Ferramenta de Comunicação; 2 - Resultados Transformadores da Musicoterapia; 3 - Lacunas na Literatura; 4 - Impacto da Musicoterapia na Regulação Emocional; 5 - A Música como Ferramenta Terapêutica; 6 - Dispositivo Clínico no CAPSI; 7 - Impacto da Musicoterapia no Desempenho Social; 8 - Melhorias Comportamentais e Psicológicas; 9 - Importância da Abordagem

Multidisciplinar; 10 - Necessidade de Mais Pesquisas e Métodos de Avaliação Rigorosos; 11 - Importância da Ludicidade nas Intervenções; 12 - Qualificação dos Profissionais de Musicoterapia; 13 - Eficácia da Musicoterapia em Crianças e Adolescentes; 14 - Fases da Intervenção Musicoterapêutica 15 - Mudanças na Percepção Pessoal e Relacional; 16 - Impacto da Musicoterapia em Contextos de Vulnerabilidade; 17 - Expressão Emocional e Sociabilização; 18 - Fortalecimento da Subjetividade e Identidade

Por meio da análise de redes conseguimos verificar que os resultados mais frequentes foram 1) impactos da Musicoterapia no desempenho social; 2) a expressão emocional e a sociabilização, bem como 3) o fortalecimento da subjetividade e da identidade dos participantes. Como todos os nodos são relacionados a desfechos das intervenções, podemos verificar pela centralidade que os desfechos mais relevantes relatados foram os impactos no desempenho social e a expressão emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Musicoterapia no contexto psicossocial brasileiro tem se mostrado uma ferramenta no atendimento a crianças e adolescentes, contribuindo para a promoção da saúde mental e inclusão social. A análise dos estudos revisados demonstra uma variedade de abordagens e resultados no uso da Musicoterapia, indicando evidências iniciais de sua eficácia como intervenção terapêutica. Dentre os textos incluídos nesta pesquisa podemos encontrar dois estudos de caso, uma pesquisa com dados quantitativos e qualitativos, uma que apresenta levantamentos apenas de dados qualitativos e uma revisão de literatura.

Retomamos que o estudo de caso presente em Vivarelli (2006) trata sobre uma criança (Ken) diagnosticada com autismo e psicose infantil com dificuldades significativas de comunicação e interação social. Os resultados dessas intervenções são importantes para este trabalho. As canções trazidas no serviço psicossocial e improvisações musicais foram utilizadas como uma ponte para a criança se conectar com o terapeuta e, gradualmente, com o ambiente ao seu redor. Ao longo das sessões, observou-se que a criança começou a responder

positivamente à música, mostrando sinais de maior envolvimento e atenção. A música ajudou a reduzir os comportamentos repetitivos e a criança passou a expressar suas emoções de maneira mais organizada. Houve também uma melhora na capacidade de comunicação, com a criança fazendo gestos e, eventualmente, pronunciando palavras para se expressar.

Já em Michahelles (2011) centra-se em um adolescente (Iago) que apresentava sintomas de transtornos emocionais e comportamentais graves, atendido em um CAPSi. O adolescente tinha dificuldades de interação social e frequentemente se isolava, demonstrando pouca motivação para participar das atividades terapêuticas convencionais. Foram utilizadas técnicas musicoterapêuticas para estabelecer uma conexão com ele, criando um ambiente seguro e acolhedor. A música serviu como um canal para expressar emoções e percebeu-se uma melhora notável na interação social, o adolescente participou mais ativamente nas atividades de grupo e mostrou mais disposição para se comunicar com os outros.

Os casos de Ken e Iago demonstram um desenvolvimento para além de características primárias e secundárias das psicopatologias e verificando impactos no contexto social desses usuários, sendo a **interação social** um desfecho comum. A **comunicação** também foi importante resultado das intervenções. É curioso notar que ambos os estudos têm caráter psicodinâmico. Há vasta literatura nacional e internacional acerca do pensamento psicodinâmico em Musicoterapia associado a crianças com autismo, e já há evidências importantes sobre sua eficácia (de Oliveira *et al.*, 2021; Geretsegger *et al.*, 2022).

O estudo qualitativo de Santos e colaboradores (2011) testes qui-quadrado apontou que o fazer musical no *setting* musicoterapêutico com os adolescentes da pesquisa mobilizou funções superiores, como memória, pensamento, linguagem e emoção. Esses achados vão ao encontro da revisão elaborada por Anjos e colaboradores (2017), que levantam dados iniciais sobre a eficácia da Musicoterapia como intervenção, demonstrando ganhos nos aspectos da saúde da criança.

Por outro lado, os estudos de caráter mais quantitativo demonstraram algumas incertezas quanto a esta eficácia generalizada relatada nos estudos de Vivarelli (2006), Michahelles (2011), Santos e colaboradores (2011), bem como de Anjos e colaboradores (2017). O estudo de Silva, Cavalcante e Carvalho (2022) informou que, ainda que os pais tenham relatado melhorias na emissão de comportamentos sociais adequados, a mensuração destes construtos, realizada por meio dos instrumentos *Social Skills Rating System* (SSRS) e o domínio social da *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP), marcaram não haver efeito estatisticamente significativo. Vale ressaltar que os resultados obtidos na avaliação de construtos semelhantes da IMTAP e do SSRS são discrepantes, sendo que o SSRS apontou diminuição no desempenho social, enquanto a IMTAP apontou aumento. Discrepâncias da mensuração da IMTAP em relação a outros instrumentos já foram relatadas na literatura nacional (MONTICELI et al. 2020; ANDRÉ et al., 2024).

Costa e Zanini (2022) reportaram aumento de comportamentos automutiladores medidos pelos instrumentos *Barrat Impulsivity Scale* (BIS-11) e a Escala de Comportamento de Automutilação (*Functional Assessment of Self-Mutilation – FASM*), como agir no calor do momento e a diminuição de controle. O manual do instrumento BIS-11 informa que vários de seus itens precisam ser invertidos (Malloy-Diniz et al., 2010) para a correta mensuração. Dado o fato de que os autores não informaram a inversão dos itens, hipotetiza-se que muitos dos problemas decorrentes da mensuração venham da não realização deste procedimento.

Os estudos de mineração dos textos fizeram pontuações importantes sobre desfechos na área da Musicoterapia no cuidado de crianças e adolescentes em contextos psicossociais. Entre os temas principais, apontamos a importância da abordagem interdisciplinar, as mudanças na percepção pessoal e relacional sobre os usuários e a expressão emocional e sociabilização.

A resposta para a pergunta inicial desta pesquisa se deu por meio das técnicas de mineração de textos e apontou que os principais desfechos

da Musicoterapia no contexto da saúde mental infantojuvenil são relacionados ao desempenho social, à expressão emocional e ao fortalecimento da subjetividade e da identidade dos participantes. Aponta-se o fato de que, ainda que os instrumentos psicométricos não tenham capturado diferenças significativas entre os períodos de dois ou três meses (aproximadamente) de intervenção musicoterapêutica, houve uma percepção da equipe e dos pais de melhoras em variáveis relacionadas a sociabilização.

É interessante notar que a própria mineração de textos, assistida por IA, verificou também a necessidade de maior qualificação dos profissionais de Musicoterapia, bem como a necessidade de haver mais pesquisas e métodos de avaliação rigorosos. Verificamos que os dois estudos que buscaram mensuração não encontraram mudanças significativas por métodos estatísticos.

Estes fatos, somados à diversidade das intervenções, bem como das abordagens de aplicação das técnicas e/ou leitura das sessões, podem indicar a necessidade de intervenções mais sistematizadas para esta população. Some-se a isso, ainda, o fato de a IMTAP ter apresentado desempenho diferente de outro instrumento medindo construto semelhante, indicando necessidade de refinamento de suas dimensões e construtos.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P.; Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067–2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
- André, A. M. B.; Araujo, J.; Gomes, C. M. A.; Loureiro, C. M. V. Validade estrutural das Escalas Nordoff Robbins e IMTAP. *Percepta – Revista de Cognição Musical*, São Paulo, v. 11, n. 2, 2024. [https://doi.org/10.34018/2318-891X.11\(2\)11-37](https://doi.org/10.34018/2318-891X.11(2)11-37)
- Anjos, A. G. et al. (2017). Musicoterapia como estratégia de intervenção psicológica com crianças: uma revisão da literatura. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 228-238. Recuperado em 17 de junho de 2025, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000200008&lng=pt&nrm=iso
- Brasil. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Recuperado em 17 de junho de 2025, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
- Brasil. *Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Edição atualizada. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2021. Recuperado em 17 de junho de 2025, de: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/trinta-e-um-anos-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-confira-as-novas-acoes-para-fortalecer-o-eca/ECA2021_Digital.pdf.
- Campos, C. R. Cidadania, Sujeito, CERSAM e Manicômios. (1998). *Metipolá Revista do CERSAM-Leste*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
- CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. (2019). Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. *Boletim Do Instituto De Saúde - BIS*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 37–43, doi: <https://doi.org/10.52753/bis.2019.v20.34471>
- Costa, M. H. B. O.; Zanini, C. R. O. (2022). A musicoterapia no tratamento de adolescentes automutiladores. *Brazilian Journal of Music Therapy*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 39–58. <https://doi.org/10.51914/brjmt.30.2021.161>
- Cunha, C. C.; Boarini, M. L. (2011). O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*, Maringá, v. 3, n. 1, p. 68-76.
- Desinstitute & Weber, R. (2021). *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01*. Brasília: Desinstitute. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://drive.google.com/file/d/1VBM Y6qPcPuWsVCSsfBifh6v0QeIIIN36r/view>
- Devera, D.; Costa-Rosa, A. (2007). Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, Assis, v. 6, n. 1, p. 60-79.
- Geretsegger, M.; Fusar-Poli, L.; Elefant, C.; Mössler, K. A.; Vitale, G.; Gold, C. Music therapy for autistic people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2022, n. 5, Art. No.: CD004381. <https://www.doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub4>. Recuperado em 17 de junho de 2025, de https://www.cochrane.org/CD004381/BEHAV_music-therapy-autistic-people.
- Krein, C. E. Manicômios com nova roupagem: o deslocamento do aparato manicomial para comunidades terapêuticas. *CadernoS de PsicologiaS*, Curitiba, n. 3, 2022. Recuperado em 27 de agosto de 2024, de <https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/manicomios-com-nova-roupagem-o-deslocamento-do-aparato-manicomial-para-comunidades-terapeuticas/>.
- Malloy-Diniz, L. F. et al. (2010). Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 99-105.

- Martins, L. F.; Souza, F. R.; Freitas, J. M. (2024). *requalify.ai (Version 0.1) [online software]*. <https://requalify.ai>.
- Michahelles, B. (2011). “Escutando musicalmente entre muitos” uma música para mudar a minha vida. *Brazilian Journal of Music Therapy*, Rio de Janeiro, v. 11. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/274>.
- Minas Gerais. *Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995*. Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. *Diário do Executivo*, Belo Horizonte, 19 jan. 1995. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/LEI/11802/1995/>.
- Minas Gerais. Ministério Público. *Centro de Referência em Saúde Mental Infantil é inaugurado na região Nordeste de Belo Horizonte*. Belo Horizonte, 2017. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://www.hojeemdia.com.br/minas/centro-de-referencia-em-saude-mental-infantil-e-inaugurado-na-regi-o-nordeste-de-bh-1.441789>
- Monticeli, A.; Pinheiro, Â. M. V.; Marques, K.; Almeida, R. V. Análise do domínio “Cognição” do Protocolo Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP). (2021). *Per Musi*, Belo Horizonte, v. 40, n. 40, p. 1-20. <https://doi.org/10.35699/2317-6377.2020.25269>.
- Oliveira, F. V. De; Rêgo Neta, M. M.; Magalhães, J. M.; Oliveira, A. D. Da S.; Amorim, F. C. M.; Carvalho, C. M. S. de. Contribuição da Musicoterapia no transtorno do espectro autista: revisão integrativa da literatura. *Journal of Nursing and Health*, v. 11, n. 1, 1 abr. 2021.
- Pedrosa, F. G.; Reis, J. S. (2022). Análises quantitativas de dados qualitativos: uso de técnicas de mineração de textos para a clínica musicoterapêutica. *Revista InCantare*, Curitiba, v. 16, n.1, p. 54-70. <https://doi.org/10.33871/2317417X.2022.16.1.8293>
- Sampaio, M. L.; Bispo Júnior, J. P. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
- Santos, H. S.; Teixeira, C. F. S.; Zanini, C. Contribuições da musicoterapia para o fortalecimento da subjetividade de adolescentes participantes de um projeto social. (2021). *Opus*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 163-182. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://www.anppom.com.br/revista/index.php/opus/article/view/206>
- Silva, T. A. Da; Cavalcante, L. I. C.; Carvalho, A. E. V. Comparações do desempenho social de crianças submetidas à intervenção musicoterapêutica: estudo piloto. *Revista da SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 175-191, 2022. Recuperado em 17 de junho de 2025, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702022000200012&lng=pt&nrm=i so. <https://doi.org/10.32467/issn.2175-3628v23n2a12>.
- União Brasileira Das Associações De Musicoterapia (UBAM). (2018). *Definição Brasileira de Musicoterapia*, 2018. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://ubammusicoterapia.com.br/definicao-brasileira-de-musicoterapia>
- Vivarelli, B. L. (2006). A música, as palavras e a constituição do sujeito: ressonâncias na clínica do autismo e da psicose infantil. *Brazilian Journal of Music Therapy*, São Paulo, v. 8. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/310>

Estilos Parentais e Práticas Alimentares: Influência da Família no Comportamento Alimentar da Criança

Maria Clara Bassi Frederico¹ , Caroline Guisantes de Salvo Toni² 

Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Paraná.

Resumo: Estilo parental é o conjunto de práticas educativas parentais que o cuidador utiliza a fim de educar, disciplinar e desenvolver o comportamento da criança. Já as práticas alimentares são atitudes presentes na alimentação da família, que se modelam durante toda a vida da criança, sofrendo influências externas. Diversos estudos demonstram que práticas educativas parentais são preditoras de comportamentos na infância, porém ainda são poucos os que buscaram avaliar a influência dos estilos parentais nas práticas alimentares. Nesse contexto, o presente estudo buscou verificar se as práticas educativas parentais de mães/cuidadoras brasileiras de crianças de seis a dez anos de idade podem ser preditoras de práticas alimentares parentais. Participaram 132 mulheres, com média de idade de 40 anos, mães/ cuidadoras de crianças, de ambos os sexos. A pesquisa ocorreu de forma on-line, a partir dos instrumentos: questionário sociodemográfico, Inventário de Estilos Parentais (IEP) e questionário de Compreensão das Práticas Alimentares, versão Pais (CFPQ). A análise de dados ocorreu a partir de estatística descritiva e inferencial. Os resultados mostraram que quanto mais os pais usam práticas educativas parentais negativas, maiores são as chances de usarem também práticas alimentares negativas. Observou-se que a prática educativa parental monitoria negativa foi preditora das práticas alimentares de restrição por peso e por saúde, além de que, aliada à disciplina relaxada, mostrou-se preditora das práticas controle das emoções e controle feito pela criança. A prática de comportamento moral foi preditora da prática alimentar de ensino sobre nutrição. Os dados apontaram a importância de se observar as práticas educativas, principalmente as negativas, quando se pensa nas práticas alimentares. Destaca-se a importância do desenvolvimento de metodologias de trabalho com famílias, visando o desenvolvimento de práticas alimentares positivas na infância.

Palavras-chave: estilos parentais, práticas parentais, práticas alimentares, crianças, família

Parenting Styles and Eating Practices: Family Influence on Children's Eating Behavior

Abstract: Parenting style is a set of educational practices that the caregiver uses in order to educate, control and develop the child's behavior. Feeding practices are attitudes present in the family's diet that are modeled throughout the child's life, suffering external influences. Several studies have shown that educational practices are predictors of childhood behaviors, but there are still few that have sought to evaluate the predictive power of parenting styles in feeding practices. The aim of this study was to verify whether the parenting practices of Brazilian mothers/caregivers of children aged six to 10 years can be predictors of parental feeding practices. A total of 132 women participated, with a mean age of 40.01 years. The research took place online, using the following instruments: sociodemographic questionnaire, Parenting Styles Inventory (IEP) and the Understanding of Eating Practices questionnaire Parents version (CFPQ). Data analysis was based on descriptive and inferential statistics. The results

¹ Graduada em Psicologia pela Unicentro, Irati-PR, Brasil. *E-mail:* mariaclarabassi@gmail.com

² Doutora em Psicologia Clínica (USP). Docente do Departamento de Psicologia, Unicentro. Irati-PR, Brasil. *E-mail:* carolinegs@unicentro.br

showed that the more parents use negative parenting practices, the greater the chances of using negative eating practices as well. It was observed that the educational practice of negative monitoring was a predictor of the eating practices of weight and health restriction, in addition to that, combined with relaxed discipline, it was shown to be a predictor of the practice of control of emotions and control by the child. The practice of moral behavior was a predictor of the dietary practice of teaching about nutrition. The data pointed to the importance of observing educational practices, especially negative ones, when thinking about eating practices. The importance of developing methodologies for working with families aiming at the development of positive eating practices in childhood is highlighted.

Key-words: parenting styles, educational practices, eating practices, children, family

Introdução

Os estudos sobre estilos de parentalidade e práticas educativas parentais começaram na década de 60, com Diana Baumrind, e ainda atualmente mostram-se extremamente relevantes, uma vez que a família é o primeiro contexto de desenvolvimento da criança e que se mantém ao longo da vida (Gomide, 2013; Papalia & Martorell, 2022). Segundo Papalia e Martorell (2022), as contribuições de Baumrind para o tema sugerem três tipos de parentalidade: a autoritária, a permissiva e a democrática. A parentalidade autoritária descreve pais que utilizam o controle coercitivo e visam obediência sem questionamentos. A parentalidade permissiva descreve pais com pouca exigência e alta responsividade, apresentando baixa monitoria do comportamento da criança. Já a parentalidade democrática (autoritativa) descreve pais que são amorosos e tolerantes, bem como exigentes no que tange a comportamentos pró-sociais, limites e regras. Posteriormente, os estudos de Maccoby e Martin adicionaram ao modelo original o estilo de parentalidade negligente ou omissa, descrevendo nesse estilo o padrão de comportamento de pais que concentram sua atenção e energia em suas próprias necessidades, mais que nos filhos (Papalia & Martorell, 2022).

Gomide (2013) buscou ampliar o modelo de parentalidade, observando a necessidade de avaliar

as práticas educativas parentais de forma individual. Gomide (2006) descreve que o estilo parental de um cuidador é composto por todas as práticas educativas parentais que são usadas para educar, socializar e controlar o comportamento dos filhos, sendo que as práticas educativas parentais são as estratégias específicas utilizadas para desenvolver/manter/modificar um determinado comportamento na/da criança. Ou seja, estilo parental é a combinação única de como cada cuidador utiliza o conjunto de práticas educativas parentais.

O modelo de estilo parental de Gomide (2006) conta com sete práticas educativas, cinco que podem contribuir com o desenvolvimento do comportamento antissocial: negligência, abuso físico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria negativa, e duas relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais: monitoria positiva e comportamento moral. A monitoria positiva, segundo Gomide (2006), é definida como “um conjunto de comportamentos parentais que envolvem atenção para a localização de seus filhos, para suas atividades e formas de adaptação” (p. 8 e 9), representando esforços parentais para acompanhar o filho. Envolve ainda habilidades de comunicação dos pais com os filhos, que levam ao comportamento de autorrevelação da criança. O comportamento moral se refere ao comportamento parental que transmite valores e/ou virtudes tanto para a socialização da criança, quanto para a inibição do comportamento antissocial. Gomide (2006) afirma que, ao longo do desenvolvimento, duas nuances do comportamento moral ocorrem: a moral do bem, ou autonomia, em que o senso de cooperação estará presente em todo o seu desenvolvimento, permanecendo na vida adulta; e a moral do dever e obediência, que se refere ao respeito dos pais pela opinião dos filhos e dos filhos pelos pais (prevalecendo um respeito bilateral). Essas duas morais são determinadas pelas relações que a criança vive. Outra faceta da prática do comportamento moral relaciona-se à empatia; a família é fundamental para que a criança se sinta segura e desenvolva empatia. É comum que a criança ao longo do seu desenvolvimento teste limites, e nesse processo, podem ocorrer comportamentos de desrespeito ao outro. Nessas ocasiões é importante que a família apresente para a criança

as consequências do seu ato, gerando empatia. Ainda, é importante que a ensine a reparar seus erros. Quando os pais conseguem agir dessa forma, diz-se que estão agindo a partir de boas práticas de comportamento moral (Gomide, 2006).

Dentre as cinco práticas educativas parentais que podem contribuir para o desenvolvimento do comportamento antissocial, está o abuso físico, caracterizado como maus-tratos infantis, com a presença de punição corporal, ou seja, uso intencional de força física com o intuito de a criança sentir dor e fazer com que isso corrija ou controle o comportamento. Segundo Gomide (2013), o ato de bater na criança (um exemplo seria a palmada) não ensina a criança sobre o comportamento errado, e sim que a errada é ela, sendo, em geral, uma expressão de raiva do adulto. Sendo assim, práticas educativas parentais violentas são fatores etiológicos de problemas psicossociais.

A disciplina relaxada é definida como a dificuldade em manter as regras estabelecidas; o filho age desobedecendo, ameaçando e confrontando os pais, fazendo com que eles abduquem da regra que foi estabelecida. Em contrapartida, o descumprimento de regras pelos pais ensina que elas não devem ser cumpridas, que o filho pode desrespeitar autoridades e ensina a manipulação emocional e a insegurança sobre o que é certo e errado. Por isso, é importante que os pais estabeleçam regras, progressivas e possíveis de serem cumpridas, aplicando-as logo após o comportamento inadequado (Gomide, 2013).

A monitoria negativa ou supervisão estressante envolve a fiscalização e ordens excessivas aos filhos; estes, na tentativa de evitar o controle, podem se tornar agressivos e/ou dissimulados. Pais que utilizam alta supervisão estressante pretendem controlar não somente o comportamento de seus filhos, mas a autonomia deles (o que configura controle psicológico parental). As consequências envolvem o desenvolvimento de relações hostis e baixa autorrevelação por parte da criança (Gomide, 2006). Ademais, a penúltima prática educativa parental do modelo é a negligência, descrita como o comportamento de pais e mães que não são responsivos e que não cumprem as responsabilidades, ignoram a maioria dos comportamentos da criança e

respondem pouco à comunicação com os filhos. Por fim, tem-se a punição inconsistente, também chamada de punição não contingente ou humor instável, que acontece quando os pais punem os filhos uma hora sim, outra, não, dependendo do humor dos genitores, e não em consequência do comportamento da criança (Gomide, 2006). A partir de seu modelo teórico, Gomide (2006) desenvolveu o Inventário de Estilos Parentais (IEP). O IEP avalia as sete práticas educativas parentais, bem como o estilo parental, classificando-o como positivo, médio ou de risco.

Estudos já demonstraram que as práticas educativas parentais podem ser preditoras de diversos comportamentos das crianças (Gomide, 2013; Moraes & Batista, 2010; Salvo et al., 2005; Schapuis & Toni, 2023; Schavarem & Toni, 2019; Toni & Hecavei, 2014). Mais especificamente, alguns estudos mostraram também que as práticas educativas parentais estão relacionadas ao comportamento alimentar dos filhos (Coelho, 2016; Huçalo & Ivatiuk, 2017; Mayer, 2011; Mayer *et al.*, 2014; Pereira & Lang, 2014; Prates et al., 2022; Silva et al., 2021).

Quanto ao comportamento alimentar, entende-se que este é moldado desde a gestação (fase pré-natal), uma vez que a alimentação da mãe interfere no bebê. Essa classe de comportamento pode ser mudada e/ou aperfeiçoada ao longo do tempo, estabelecendo, assim, as preferências e os hábitos alimentares das crianças e de seus pais, que são construídos durante todo o desenvolvimento do ser humano (Huçalo & Ivatiuk, 2017; Pereira & Lang, 2014).

Ademais, estratégias comportamentais específicas para controlar o tipo e a quantidade de comida são chamadas de práticas de alimentação (Mayer *et al.*, 2014). Essas práticas influenciam a preferência das crianças por determinados alimentos, as formas como elas se alimentam, e a própria função da alimentação na vida do infante, uma vez que o alimento pode ser utilizado para além de seu valor nutricional, como, por exemplo, para controle do comportamento, reforço de comportamento, distração, entre outros (Mayer, 2011; Musher-Eizenman & Holub, 2007).

No estudo de Mayer (2011), ao relacionar família, escola e o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade infantil, a autora estudou o

comportamento de 139 crianças, com idade média de 11,45 anos, de uma cidade do interior do Paraná. A autora utilizou para sua pesquisa o inventário *Comprehensive feeding practices questionnaire-CFPQ* (Musher-Eizenman & Holub, 2007), o qual avalia 12 práticas alimentares. Os resultados indicaram que a maioria das crianças tinha peso normal. Mães autoritárias apresentaram melhores práticas de alimentação. Mães negligentes e autoritativas apresentaram filhos com peso normal, e filhos acima do peso apresentaram mães autoritárias e permissivas, resultados estes que podem estar relacionados a outras variáveis, que influenciam o estilo parental e o Índice de Massa Corporal (IMC). Ademais, práticas que envolvem e incentivam os filhos para um equilíbrio e variedade na alimentação tiveram tendência maior entre as mães e em relação às filhas. Mães com estilo parental autoritativo (democrático) apresentaram práticas de alimentação melhores. Ser modelo para os filhos, na pesquisa de Franco (2011), correlacionou-se à prática de incentivo de uma alimentação equilibrada e variada.

Já no estudo de Huçalo e Ivatiuk (2017), feito com 24 cuidadores de crianças brasileiras de oito a dez anos, teve como objetivo visualizar a relação entre práticas educativas parentais e o comportamento alimentar em crianças, por meio da análise estatística de correlação. A pesquisa mostrou que filhos de pais que incentivam e controlam para uma alimentação saudável têm mais interesse por alimentos diversos e mais prazer em comer. Pais que apresentam punição inconsistente têm filhos que ingerem mais alimentos do que o necessário em situações de desregulação emocional. A disciplina relaxada se correlacionou com crianças com comportamento de prazer quanto a se alimentar e ingerir bebidas calóricas. Por fim, o abuso físico se correlacionou com filhos que não têm interesse pela comida ou a evitam. Desse modo, práticas negativas correlacionaram-se com comportamentos alimentares disfuncionais e maior ingestão de comida.

O estudo de Pereira e Lang (2014) objetivou analisar a influência do ambiente familiar no desenvolvimento do comportamento alimentar, por meio de uma pesquisa descritivo-reflexiva na literatura nacional e internacional. Os resultados encontrados mostraram que a escolha e o gosto

por alimentos são processos de aprendizagem, principalmente por modelo, ou seja, a criança observa o comportamento, o gosto e as atitudes dos seus cuidadores e pessoas de referência. Os autores defendem que a orientação nutricional deve ser direcionada à família.

Uma revisão integrativa de 12 artigos internacionais sobre a influência dos pais sobre o hábito alimentar na infância foi realizada por Silva *et al.* (2021). Observaram que as práticas alimentares negativas mais citadas nos estudos analisados foram: pressão para comer, monitoramento, restrição e recompensa. Mães mais preocupadas com o peso dos filhos mostraram níveis mais altos de pressão para comer e método de restrição e de recompensa, e mães menos preocupadas com o peso dos filhos apresentaram níveis mais baixos de pressão. Em famílias em que existe o monitoramento da ingestão de comidas mais calóricas e ultraprocessadas, observaram-se filhos que preferiam alimentos saudáveis, como frutas e legumes. Os autores ainda ressaltam a importância de estimular a autonomia e o poder de escolha da criança para que promova uma boa relação com o alimento e o ato de comer. Quando os pais incentivam uma alimentação saudável e são envolvidos na preparação das refeições com a criança, é constatado comportamento alimentar positivo nas crianças, observando-se preferência por alimentos saudáveis.

O estudo de Mayer *et al.* (2014) objetivou uma análise por agrupamento, buscando os perfis parentais com base nas práticas educativas parentais e alimentares. A partir das respostas de 139 pares de pais de crianças de uma cidade do interior do Paraná, foram elencados 3 grupos para mães e 3 para pais, sendo eles: 1-mães atentas à nutrição, 2-mães ausentes na nutrição e 3-mães com problemas de controle e 1- pais envolvidos na nutrição, 2-pais intermediários na nutrição e 3- pais ausentes na nutrição. Levando esses grupos como base, as autoras observaram os estilos parentais predominantes em cada grupo por meio da análise de *Cluster*. Os resultados demonstraram que as mães atentas à nutrição, mas com problemas no controle da alimentação dos filhos, apresentaram majoritariamente estilo parental autoritativo;

mães ausentes na nutrição se adequaram a mais de um estilo parental, sendo eles o autoritário ou negligente; mães atentas à nutrição apresentaram estilo parental permissivo; e mães ausentes na nutrição apresentaram estilo parental negligente.

Buscando observar a relação do peso da criança com as práticas educativas parentais de controle alimentar por meio de uma revisão de literatura que incluiu 50 artigos nacionais e internacionais, Coelho (2016) encontrou que entre as práticas alimentares, as mais estudadas foram pressão ao comer, restrição e monitoração. A pressão normalmente é usada no sentido de tentar incrementar a alimentação da criança; a autora aponta que crianças menores e magras são mais pressionadas a comer alimentos mais calóricos enquanto crianças com IMC mais alto são pressionados a comer mais frutas, legumes e verduras. A restrição é a prática de restringir o acesso da criança ao alimento; os estudos associam esta prática positivamente com o consumo de frutas e hortaliças, porém associam negativamente com o consumo de *snacks* e refrigerantes. A pesquisa mostrou que o uso dessa prática pode criar pensamentos contraditórios na criança, pois ela observa que alimentos “ruins” são oferecidos em momentos bons, como celebrações e momentos de socialização. Por último, a monitorização é a observação dos alimentos que a criança ingere. Essa prática apresenta uma incoerência na literatura, pois pode ser vista como uma prática “comum” dos pais, a fim de que a criança ingira mais alimentos saudáveis; porém, pais podem recorrer a essa prática quando veem que o filho está acima do peso e não a usam como forma de prevenção.

O estudo de Prates et al. (2022) propôs investigar a associação entre práticas alimentares de 140 pares de pais de uma cidade do estado de São Paulo e o consumo de alimentos ultraprocessados em crianças de dois a seis anos, usando o questionário CFPQ. O estudo concluiu que o consumo de alimentos ultraprocessados pelas crianças associou-se negativamente à prática educativa parental de monitoramento. Além disso, a pesquisa mostrou que é muito importante o uso de práticas alimentares parentais saudáveis para produzir uma alimentação saudável para crianças nessa faixa etária.

Sabe-se que, durante a infância a alimentação é fator importante para o desenvolvimento, crescimento e prevenção de doenças (Papalia & Martorell, 2022). Sendo a alimentação um ato voluntário e consciente (Piassetzki & Boff, 2018), que se modela durante o desenvolvimento e sofre influências do contexto (Sousa *et al.*, 2020), em que a família exerce grande influência no padrão alimentar das crianças (Ministério da Saúde, 2014) e alguns estudos (Franco, 2011; Huçalo & Ivatiuk, 2017) já indicaram relações entre as práticas de alimentação infantil e os estilos parentais, porém não de forma conclusiva, o presente estudo buscou verificar se as práticas educativas parentais de mães/cuidadoras brasileiras de crianças de seis a dez anos de idade podem ser preditoras de práticas alimentares parentais.

Método

Participantes

Participaram dessa pesquisa 132 mães/cuidadoras, todas do sexo feminino, com idades entre 19 a 66 anos (média de idade= 40,01 e desvio padrão= 6,70) de crianças com idades entre seis e dez anos (média da idade= 8,26 anos e desvio padrão= 1,88), de ambos os sexos. A grande maioria, 61,9%, são da região sul, 27,4% da região sudeste, 6,2% da região nordeste, 4,4% da região centro-oeste e nenhum participante da região norte.

Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos:

1- Questionário sociodemográfico: contendo 14 questões, envolvendo a idade da criança e da cuidadora; se essa cuidadora era mãe/avó/outro; qual a região do país que residiam; quantas pessoas moravam junto com a criança; em qual período a criança estuda; estado civil dos pais ou se vive com outro cuidador; se apresentava alguma doença física ou mental (se sim, especificar qual); peso e altura da criança para ser calculado o Índice de Massa Corporal da criança.

2- Questionário “Compreensão das Práticas Alimentares versão Pais: *Comprehensive feeding practices questionnaire- CFPQ*” (Musher-Eizenman & Holub, 2007, traduzido por Mayer, 2011), usado para medir os comportamentos utilizados pelos pais quando alimentam seus filhos e as consequências no comportamento dos filhos, indicando quais estão relacionados a uma alimentação saudável e quais não. Ele avalia 12 práticas alimentares, sendo elas: 1- controle da alimentação feito pela criança: essa prática descreve o comportamento dos pais deixarem o controle da alimentação ser feito pela criança; 2- controle das emoções: pais usam a comida para controlar os estados emocionais da criança; 3- incentivo ao equilíbrio e variedade: os pais proporcionam o equilíbrio e variedade na alimentação dos seus filhos; 4- ambiente: os pais deixam alimentos saudáveis disponíveis em casa; 5- alimento como recompensa: pais utilizam a comida como recompensa ao bom comportamento do seu filho; 6- envolvimento: pais estimulam o envolvimento dos seus filhos no planejamento e preparação das refeições; 7- modelo: pais comem alimentos saudáveis para dar exemplo aos seus filhos; 8- monitoramento: pais ficam atentos ao consumo de alimentos menos saudáveis pelos seus filhos; 9- pressão: pais pressionam seus filhos a comerem mais nas principais refeições; 10- restrição por saúde: pais controlam o consumo de comida dos seus filhos com o propósito de limitar comidas menos saudáveis e doces, para manter seus filhos mais saudáveis; 11- restrição para controle do peso: pais controlam o consumo de comida dos seus filhos com o objetivo de diminuir ou manter o peso deles; 12- ensino sobre nutrição: pais ensinam o valor nutricional dos alimentos aos seus filhos para incentivar o consumo de alimentos saudáveis. Cada subescala deveria ser respondida em escala *Likert* de três pontos, com os rótulos: Nunca; Às Vezes ou Sempre. Para a correção, somam-se as práticas positivas (incentivo ao equilíbrio e variedade, monitoramento, ambiente, envolvimento, modelo e ensino sobre nutrição) e subtraem-se as negativas (controle das emoções, alimento como recompensa, pressão, restrição por saúde e restrição para controle do peso). Fica fora do *score* total do CFPQ a variável “controle da criança,”

por ter efeitos paradoxais no desenvolvimento do comportamento alimentar (Musher-Eizenman & Holub, 2007).

3- Inventário de Estilos Parentais- IEP (Gomide, 2006) é um instrumento que busca avaliar os estilos parentais. Consta de 42 questões, com seis questões para cada uma das setes práticas educativas (negligência, punição inconsistente, monitoria negativa, abuso físico, disciplina relaxada, monitoria positiva e comportamento moral). Foi utilizada, nessa pesquisa, a versão de auto-inventário, na qual os pais responderam sobre suas próprias práticas educativas. A apuração foi feita com a tabela do cartão de resposta, avaliando a frequência com que os pais utilizam a prática descrita, assinalando a escala. Foram utilizados os dados normativos das práticas educativas maternas. O índice de cada prática educativa parental foi calculado por meio da soma dos seis itens de cada escala, e o índice de Estilo Parental foi o resultado da soma dos pontos nas escalas das práticas positivas, subtraído do resultado da soma dos pontos das escalas das práticas negativas, com cada resposta valendo determinado número de pontos. O cálculo para o índice de estilo parental é (iep): $iep = (A + B) - (C+D+E+F+G)$. Se esse índice for negativo, as práticas são negativas, e se o índice for positivo, as práticas são positivas.

Procedimento

Trata-se de uma pesquisa com metodologia quantitativa, transversal e correlacional. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob parecer número: CAAE 70633323.7.0000.8967.

Como critério de inclusão, o respondente deveria ser mãe, avó, madrastra ou cuidador do sexo feminino. Assim, foram excluídas as respostas de 10 pais que responderam à pesquisa. A pesquisa foi realizada de forma on-line, pela plataforma *Google Forms*; os participantes foram convidados a participar por meio das redes sociais, a partir da divulgação no *Instagram* e *WhatsApp*. O tempo médio de resposta era de 15 minutos. Tendo acesso ao questionário, foi apresentada para a participante a instrução da pesquisa, seguido pelo Termo de Consentimento Informado. Após a leitura, a participante confirmava

sua anuência em participar da pesquisa e era direcionada a responder às questões. Após a conclusão do questionário e envio pela participante, os dados eram direcionados a uma planilha do *Excel*. O questionário ficou disponível para participação durante o período de 01 de agosto de 2023 a 15 de agosto de 2023.

Análise de dados

A análise dos dados foi realizada com o *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* versão 18. Foi usado estatística descritiva e inferencial, como o teste de Correlação de *Pearson* e regressão linear múltipla (método *stepwise*). Também foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças participantes, utilizando-se o peso e altura, segundo a fórmula: peso da criança dividida pela sua altura elevada ao quadrado.

Resultados

Para a exposição dos resultados, destaca-se que, inicialmente, são apresentados nas Tabelas 1 e 2 os dados de estatística descritiva. A análise inferencial é apresentada nas Tabelas 3 e 4, respectivamente com os dados das análises de correlações dos instrumentos e análise de regressão linear múltipla (método *stepwise*).

Todas as variáveis dos instrumentos (análise de cada prática educativa, Estilo Parental (IEP) e CFPQ) foram analisadas, comparando-se meninos e meninas. Como não houve diferença estatisticamente significativa em nenhuma variável, procedeu-se à análise da amostra como um todo, sem considerar-se o gênero da criança.

Na tabela 1, é visível que a média do IEP das participantes foi de 8,98 e desvio padrão, de 5,44. A prática educativa parental positiva que teve a maior média e menor desvio padrão foi a monitoria positiva, e a prática educativa parental negativa com maior média e maior desvio padrão foi a monitoria negativa. O IMC obteve média 16,23 e desvio padrão 6,50; porém, de toda a amostra, apenas 88 participantes (66,66%) responderam com os dados que permitiram o cálculo do IMC da criança.

Tabela 1

Média e desvio padrão do IEP e IMC

	Média	Desvio Padrão
IEP total	8,98	5,44
Monitoria positiva	11,34	0,93
Comportamento moral	10,50	1,31
Punição inconsistente	2,74	1,71
Negligência	1,99	1,37
Disciplina relaxada	1,69	1,62
Monitoria negativa	5,65	2,21
Abuso físico	0,77	1,25
IMC	16,23	6,50

Na tabela 2, observam-se as médias e desvios padrão do CFPQ. Destaca-se que a média do CFPQ foi de 17,88 e o desvio padrão de 7,19. O CFPQ também conta com a avaliação de práticas alimentares positivas e negativas. A prática “controle feito pela criança” não entra como prática positiva ou negativa por ter efeito paradoxal no desenvolvimento infantil. Observa-se na tabela, em relação às práticas positivas, maiores médias e desvios padrão (dp) nas práticas de: a) incentivo ao equilíbrio e variedade (11,21, dp 1,15), b) modelo (10,28, dp 1,73), enquanto as negativas destacaram-se: c) restrição por peso (12,37, dp 2,81) e d) controle da criança (10,22, dp 1,59).

Tabela 2

Média e desvio padrão do CFPQ

	Média	Desvio Padrão
CFPQ total	17,88	7,19
Incentivo ao equilíbrio e variedade*	11,21	1,15
Monitoramento*	9,75	1,95
Ambiente*	8,52	1,26
Envolvimento**	6,69	1,33
Modelo*	10,28	1,73
Ensino sobre nutrição**	6,56	1,07
Controle das emoções**	3,59	0,83
Alimento como recompensa**	3,73	1,05
Pressão*	6,86	1,80
Restrição por saúde*	8,59	1,88
Restrição por peso****	12,37	2,81
Controle da criança***	10,22	1,59

*Nota. *escala composta por 4 itens; ** escala composta por 3 itens; *** escala composta por 5 itens; **** escala composta por 8 itens.*

Observa-se na Tabela 2 que as escalas que compõem o CFPQ têm números de itens diferentes. Assim, a média pode ser observada em função da pontuação máxima que cada escala proporciona, tendo em vista que todos os itens foram respondidos em escala *Likert* de três pontos. Dessa forma, por exemplo, a escala de Incentivo ao equilíbrio e variedade poderia ter uma pontuação máxima de 12 pontos; a média da amostra foi de 11,21, o que indica que essa prática foi altamente relatada pelas participantes.

Na tabela 3, é possível visualizar as correlações entre IEP e CFPQ. Foram observadas correlações positivas entre IEP final e práticas alimentares de incentivo e modelo; monitoria positiva e práticas alimentares de monitoramento e ensino sobre nutrição; comportamento moral e práticas alimentares de ensino sobre nutrição e restrição por peso; negligência e prática alimentar de controle das emoções; disciplina relaxada e práticas alimentares de controle das emoções e controle da criança; monitoria negativa e práticas alimentares de ensino sobre nutrição, controle das emoções, pressão, restrição por peso e restrição por saúde; e abuso físico e prática alimentar de restrição por saúde. Foram observadas correlações negativas: entre IEP final e as práticas alimentares de controle das emoções e restrição por saúde; punição inconsistente e as práticas alimentares de incentivo, modelo e ensino sobre nutrição; disciplina relaxada e a prática alimentar de modelo; e monitoria negativa e a prática alimentar de controle da criança.

Tabela 3

Correlação entre IEP e CFPQ

	Incentivo	Monitoramento	Ambiente	Envolvimento	Modelo	Ensino sobre nutrição	Controle das emoções	Alimento como recompensa	Pressão	Restrição por peso	Restrição por saúde	Controle da criança
IEP final	R= 0,184*	R= 0,150	R= 0,000	R= 0,035	R= 0,218*	R= 0,016	R=- 0,287**	R= -0,153	R= -0,167	R= -0,165	R= -0,260**	R= -0,022
Monitoria positiva	R= 0,142	R= 0,222*	R=0,067	R= 0,004	R= 0,081	R= 0,214*	R= -0,025	R= -0,070	R= -0,062	R= 0,004	R= -0,119	R= -0,037
Comportamento moral	R= 0,093	R= 0,046	R= -0,108	R= 0,118	R=0,079	R= 0,354**	R= 0,070	R= 0,003	R= 0,016	R= 0,208*	R= -0,037	R= -0,055
Punição inconsistente	R= -0,194*	R= -0,065	R= 0,010	R= -0,087	R= -0,188*	R= -0,196*	R= 0,112	R= 0,080	R= 0,028	R= -0,029	R= 0,061	R= 0,086
Negligência	R= -0,086	R= -0,046	R= -0,103	R= -0,030	R= -0,050	R= -0,033	R= 0,176*	R= 0,088	R= 0,000	R= 0,101	R= 0,093	R= 0,043
Disciplina relaxada	R= -0,074	R= -0,206	R= 0,055	R= 0,010	R= -0,275**	R= 0,129	R= 0,255**	R= 0,073	R= 0,066	R= 0,041	R= 0,019	R= 0,186*
Monitoria negativa	R= -0,101	R= -0,031	R= -0,011	R= -0,002	R= -0,064	R= 0,250**	R= 0,268**	R= 0,111	R= 0,251**	R= 0,388**	R= 0,342**	R= -0,235**
Abuso físico	R= 0,040	R= 0,026	R= -0,016	R= 0,118	R= -0,023	R= 0,158	R= 0,150	R= 0,121	R= 0,127	R= 0,127	R= 0,189*	R= 0,018

Nota. *A correlação é significativa no nível 0.05; **A correlação é significativa no nível 0.01

Buscando verificar se as práticas educativas parentais poderiam ser consideradas preditoras das práticas alimentares, procedeu-se a uma análise de regressão linear multivariada. Foram usadas as sete variáveis do IEP como possíveis preditoras de práticas alimentares indicadas pelo CFPQ. Como a Tabela 4 indica, as práticas alimentares monitoramento, controle das emoções e controle da criança apresentaram duas práticas preditoras; por exemplo, controle da criança tem como práticas preditoras monitoria negativa e disciplina relaxada, ou seja, quanto menos os pais utilizam de monitoria negativa e mais disciplina relaxada com os filhos, maior é o controle feito pelos filhos da própria alimentação.

Tabela 4

Modelo de regressão (stepwise) entre as variáveis do IEP e do CFPQ

Variável dependente (CFPQ)	R2	F	GI	P	Variáveis Predictoras (IEP)	Beta padronizado	p
Incentivo ao equilíbrio e variedade	0,038	5,101	1	0,026	Punição Inconsistente	-0,194	0,026
Monitoramento	0,049	6,043	2	0,003	Monitoria Positiva	0,208	0,015
					Disciplina Relaxada	-0,192	0,025
Modelo	0,075	10,612	1	0,001	Disciplina Relaxada	-0,275	0,001
Ensino sobre nutrição	0,125	18,593	1	0,000	Comportamento moral	0,354	0,000
Controle das emoções	0,107	7,705	2	0,001	Monitoria Negativa	0,213	0,016
					Disciplina Relaxada	0,194	0,027
Controle da criança	0,125	9,231	2	0,000	Monitoria negativa	-0,314	0,000
					Disciplina relaxada	0,276	0,002
Restrição por peso	0,151	23,077	1	0,000	Monitoria negativa	0,388	0,000
Restrição por saúde	0,117	17,166	1	0,000	Monitoria negativa	0,342	0,000
Pressão	0,063	8,773	1	0,004	Monitoria negativa	0,251	0,004

Os modelos apresentados na Tabela 4 restringem-se àqueles que tiveram significância estatística. Eles indicam que o coeficiente de determinação (R^2) variou de 0,038 a 0,151, indicando que as variáveis preditoras (IEP) explicam de 3% a 15% da variância total das variáveis dependentes (CFPQ).

Discussão

O objetivo desse estudo foi verificar se as práticas educativas parentais de mães/cuidadoras brasileiras de crianças de seis a dez anos de idade poderiam ser preditoras de práticas alimentares. Nessa pesquisa participaram mães e cuidadoras brasileiras por meio de um questionário on-line. Na presente amostra, a média dos *escores* das práticas educativas parentais esteve de acordo com os estudos de Gomide (2006), ficando na média (entre os percentis 25 e 75). A única exceção foi a prática da monitoria negativa, que ficou acima da média. De acordo com Stattin (2000) e Fletcher et al. (2004), pais com bom estilo parental podem apresentar monitoria positiva e negativa altas, visto que a função de base de ambas é o acompanhamento. Apesar da monitoria negativa ser marcada principalmente por um acompanhamento sinalizado pela fiscalização, supervisão e regras excessivas (Gomide, 2004; 2006), muitas vezes tal prática acompanha a monitoria positiva, sendo que cuidadores podem alternar ou até utilizar conjuntamente ambas (Stattin, 2000; Fletcher et al., 2004).

Quanto aos estudos no Brasil envolvendo as práticas alimentares, poucos são os que utilizaram o CFPQ (Mayer, 2011 & Prates et al., 2022). Os estudos brasileiros, em sua maioria, são artigos de revisão de literatura ou tentam relacionar as práticas alimentares que são avaliadas pelo CFPQ em relação à maneira como a criança se alimenta. O CFPQ é um instrumento que avalia práticas alimentares dos pais a partir de 12 subescalas, sendo uma escala neutra (controle feito pela criança), seis subescalas de práticas positivas e cinco subescalas de práticas negativas. Frente a esse contexto, pode-se observar que os resultados do presente estudo envolvendo as seis escalas positivas (incentivo ao equilíbrio e variedade, monitoramento, ambiente, envolvimento, modelo e ensino sobre nutrição) ficaram com médias altas. Comparativamente, as subescalas que se referem a práticas alimentares negativas (controle das emoções, alimento como recompensa, pressão, restrição por saúde e restrição por peso) obtiveram médias abaixo das práticas positivas, sendo a escala restrição por saúde a que obteve média mais alta.

Observando-se os resultados, em que tanto as práticas educativas parentais quanto o estilo parental, assim como as práticas alimentares positivas tiveram médias altas, hipotetiza-se que tal qual outros estudos apontaram, mães com boa parentalidade tendem a apresentar práticas educativas parentais promotoras de saúde nos mais diversos âmbitos do desenvolvimento da criança (Moraes & Batista, 2010; Schapuis & Toni, 2023; Schavarem & Toni, 2019; Weber et al., 2003), incluindo-se a alimentação. Também, a forma de coleta de dados pode ter contribuído para resultados positivos, já que as mães e cuidadoras que escolheram participar possivelmente já demonstram interesse no tema, o que pode estar relacionado a melhores práticas alimentares. O Ministério da Saúde (2014), inclusive, descreve o quanto a consciência da importância dos hábitos alimentares e o cuidado com a alimentação são importantes preditores de boas práticas de alimentação.

O IMC das crianças que participaram desse estudo foi classificado como peso normal, não havendo relação das práticas alimentares desta amostra com desnutrição, sobrepeso ou obesidade infantil. Na pesquisa de Mayer (2011), observou-se também não haver diferença significativa no IMC da criança em função do estilo parental da mãe. Isso parece indicar que o IMC da criança não seja uma variável modulada pelos estilos parentais.

Quanto aos resultados de correlações e da regressão multivariada, várias relações significativas foram observadas. No presente estudo, utilizou-se o método de regressão *stepwise*, ou seja, de forma aleatória, todas as práticas educativas parentais (variáveis independentes) do IEP foram testadas como preditoras das escalas do CFPQ (variáveis dependentes). Dessa forma, todas as práticas encontradas como preditoras das escalas do CFPQ apresentam relações de predição significativas. Os resultados apontaram para coeficientes de determinação variando de 0,03 a 0,125, ou seja, as práticas educativas parentais do IEP explicaram de 3% a 12,5% da variação total das escalas do CFPQ. Enquanto os coeficientes de regressão explicam a variância total, os coeficientes de regressão padronizados (Beta padronizado) indicam

a proporção em que as mudanças nas unidades de desvio-padrão da variável preditiva afetam as mudanças no desvio-padrão da variável dependente. Como salientam Floyd *et al.* (2003), coeficientes de regressão padronizados variando de 0,10 a 0,29 exprimem relações moderadas entre as variáveis, e maiores que 0,30 altamente significativas. Nos modelos de predição formulados na presente pesquisa, os valores negativos dos coeficientes de regressão padronizados variaram de -0,19 a -0,31, enquanto os valores positivos variaram de 0,20 a 0,35, indicando valores altamente representativos. Em suma, os resultados sugerem que determinadas práticas educativas parentais podem prever, significativamente, as práticas alimentares parentais.

As práticas educativas parentais de negligência, disciplina relaxada e monitoria negativa, correlacionaram-se positivamente com a prática alimentar de controle das emoções, sendo que a monitoria negativa e a disciplina relaxada predisseram essa prática alimentar. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Huçalo e Ivatiuk (2017), no qual pais e cuidadores com essas mesmas práticas apresentaram filhos com práticas alimentares de subingestão e sobreingestão emocional, ou seja, as crianças comem menos ou mais, de acordo com o estado emocional. Esses dados sugerem que, quando as mães utilizam monitoria negativa e disciplina relaxada, maior é a chance de essas mães utilizarem o alimento como forma de controlar o estado emocional dos filhos.

Ainda, a negligência não foi preditora de controle das emoções, porém se correlacionou positivamente, indicando que, provavelmente, quando mães são negligentes também apresentam práticas de controle de emoções com o alimento. A negligência descreve pais com baixo envolvimento e interesse na criança (Gomide, 2004; 2006), o que explicaria a prática de controle das emoções com comida como uma forma de manejar as emoções da criança.

As práticas parentais de monitoria positiva, monitoria negativa e comportamento moral correlacionaram-se de forma positiva à prática de ensino sobre nutrição. As práticas educativas parentais positivas já foram correlacionadas em

outros estudos com comportamentos de saúde da criança e adolescentes (Gomide, 2013; Moraes & Batista, 2010; Salvo *et al.*, 2005), demonstrando que usar regras úteis e consistentes, acompanhar e ser modelo para a criança, geram efeitos positivos no desenvolvimento. No que tange à alimentação, os dados do presente estudo sugerem que mães com essas práticas educativas tendem a também fazer mais uso de práticas como o ensino sobre nutrição e o incentivo ao equilíbrio e variedade, o que leva a comportamentos de saúde alimentar. No estudo de Huçalo e Ivatiuk (2017), houve correlação significativa apenas entre monitoria positiva e prazer em comer. Ainda, o estudo das autoras não observou correlação entre a monitoria negativa e o comportamento alimentar da criança. Destaca-se que outros estudos (Ministério da Saúde, 2014; Piasetzki & Boff, 2018) apontam que a família gera influência nos modos de comer da criança, e o quanto o modelo e acompanhamento da criança nas refeições é fator importante no desenvolvimento alimentar. Apesar dos dados do presente estudo e o de Huçalo e Ivatiuk (2017) apontarem apenas em partes na mesma direção, ambos destacam a importância do monitoramento nos processos alimentares. Como já discutido, a prática da monitoria negativa tende a ser uma prática educativa negativa a acompanhar as positivas, indicando, a partir dos dados correlacionais, que a supervisão e fiscalização do comportamento da criança pode se generalizar para as práticas de ensino sobre a nutrição.

Ademais, as práticas alimentares que dizem respeito à restrição por saúde (ato de restringir alimentos a fim de limitar o acesso do filho a alimentos não saudáveis) e restrição por peso (ato de restringir alimentos para diminuir ou manter o peso dos filhos) obtiveram algumas correlações com práticas educativas parentais. As duas práticas alimentares correlacionaram-se positivamente com o comportamento moral. Além disso, a monitoria negativa se mostrou preditora das práticas alimentares de restrição por peso e por saúde, ou seja, quanto mais as mães usam a monitoria negativa, maiores serão as práticas de restrição. Hipotetiza-se que as mães, quando descrevem as consequências da ingestão de alimentos não saudáveis e a preocupação

com o ganho de peso para os filhos, podem fazer uso da prática de comportamento moral, bem como do monitoramento negativo. A criança necessita ser ensinada a verificar a periodicidade e o tempo das refeições ao longo do dia, além de os pais permitirem que ela escolha a quantidade que pretende comer e o que irá comer, levando em conta que os pais deverão fornecer comidas variadas e saudáveis, estabelecendo uma relação de modelo para as escolhas da criança (Viana *et al.*, 2009). O comportamento moral, além da descrição de contingências, também está relacionado ao desenvolvimento de vergonha e culpa por emitir um comportamento que, no passado, foi punido (Rocha & Martins, 2011), como comer em excesso ou alimentos não saudáveis. A monitoração desses comportamentos pode assumir caráter de supervisão estressante se os pais forem altamente focados nessa regulação a partir de um locus de controle externo (Salvo *et al.*, 2005)

Ainda, a prática alimentar de restrição por saúde correlacionou-se positivamente também com as práticas de monitoria negativa e abuso físico, pressupondo que, para as mães restringirem os alimentos para a saúde dos filhos elas podem utilizar força física ou ordens e regras excessivas. Esses dados vão parcialmente ao encontro do estudo de Huçalo e Ivatiuk (2017), em que o abuso físico foi correlacionado positivamente com saciedade e subingestão emocional. As autoras hipotetizaram que pais que utilizam de abuso físico tendem a ter filhos que apresentem uma relação de evitação com a comida e/ou, devido à coerção, perdem a capacidade de discriminar a saciedade, podendo levar a menor ingestão calórica.

Ainda, foram observadas correlações positivas de monitoria negativa e pressão, em que mães que colocam regras excessivas ou fiscalizam demais seus filhos (Gomide, 2004, 2006) apresentaram maior prática alimentar de pressão. Tal relação faz sentido, uma vez que o comportamento de fiscalização e supervisão estressante, ocorrendo no que tange à alimentação, coerentemente pode levar à prática alimentar de pressão. Segundo Mayer (2011), essa prática tem mais chances de ocorrer com crianças com IMC indicando sobrepeso ou obesidade infantil. No presente estudo, essa relação

foi observada levando-se em conta toda a amostra, e não apenas crianças com elevado IMC.

A monitoria positiva também se mostrou diretamente proporcional à prática alimentar de monitoramento, em que mães ficam atentas à ingestão de alimentos não saudáveis dos filhos. Na pesquisa de Mayer (2011), o alto monitoramento mostrou-se correlacionado com os estilos parentais autoritativo e permissivo. Esses estilos parentais referem-se à parentalidade com afeto e monitoria, sendo que o estilo permissivo descreve pais com dificuldades em ser exigentes. No presente estudo, as práticas de monitoria positiva (correlação positiva) e disciplina relaxada (correlação negativa) foram preditoras da prática alimentar de monitoramento, indicando que mães que monitoram e acompanham e têm boa capacidade de exigência tendem a ter melhores práticas alimentares de monitoramento.

A prática de punição inconsistente apresentou-se inversamente proporcional às práticas de ensino sobre nutrição, incentivo ao equilíbrio e variedade e modelo. Ainda, a partir dos modelos de regressão, observou-se que a mesma prediz, de forma negativa, a prática alimentar de incentivo ao equilíbrio e variedade, levando a crer que, para a criança se perceber, a família precisa propiciar um ambiente seguro e com modelos, visto que práticas educativas parentais de incentivo ao equilíbrio e variedade precisam de constância e disponibilidade desses alimentos. Gomide (2006) descreve que o humor instável dos pais, caracterizado por práticas educativas parentais que não são contingentes ao comportamento da criança, mas sim ao humor dos pais, não contribui para a aprendizagem de regras e comportamentos de saúde (Salvo *et al.*, 2005). O Ministério da Saúde (2014) também enfatiza o quanto a segurança alimentar e o equilíbrio alimentar estão atrelados e dependem da disponibilidade dos pais em deixar alimentos saudáveis disponíveis para a criança, além da manutenção da constância na apresentação de alimentos saudáveis para elas.

Além disso, a disciplina relaxada esteve inversamente proporcional à prática alimentar de modelo, ou seja, mães que apresentam a regra, mas não efetivam o cumprimento dela, seja porque colocam regras sem consequências, ou

porque não conseguem manter a regra frente ao comportamentopositor da criança, demonstraram ter menos chances de serem modelos aos filhos na alimentação, visto que tal prática pode levar à perda da autoridade parental (Gomide, 2006).

Considerações finais

Com essa pesquisa, foi possível observar que as práticas educativas parentais podem ser consideradas preditoras de diversas práticas alimentares parentais. Destacam-se as práticas educativas parentais negativas de monitoria negativa e disciplina relaxada como fortemente preditoras de práticas alimentares negativas, bem como a prática do comportamento moral como preditora do ensino sobre nutrição. Ainda, não se observou diferença entre as práticas educativas parentais e alimentares das mães em relação a filhas e filhos. Destaca-se ainda, que não houve participação efetiva de pais/cuidadores, o que impossibilitou a comparação das práticas de pais e mães. Esses dados sugerem que o cuidado com a alimentação continua a ser uma tarefa majoritariamente feminina. Tais dados apontam para caminhos importantes relacionados ao desenvolvimento de metodologias de trabalho com famílias, visando ao desenvolvimento de práticas alimentares positivas na infância.

Entre as limitações desse estudo, destaca-se que não foram analisadas variáveis que atravessam a vida das famílias e, conseqüentemente, as práticas alimentares, como a raça e o nível socioeconômico de cada região do país. Ainda, tendo sido uma pesquisa com coleta de dados on-line, hipotetiza-se que cuidadores que não têm acesso à internet e, provavelmente condições socioeconômicas e culturais diferenciadas, não participaram, contexto esse que provavelmente trouxe viés aos resultados. Além disso, a amostra contou com a grande maioria de participantes da região Sul do país, não havendo uma distribuição equitativa entre as diversas regiões do país. A amostra também contou com uma faixa etária ampla de mães e cuidadoras, que estão em momentos de vida distintos, podendo afetar as práticas educativas parentais. Ainda, não houve participação significativa de pais, o que impossibilitou

uma comparação de práticas educativas parentais e alimentares dos pais com as mães. Futuros estudos podem ampliar a amostra, observando se pais e mães apresentam práticas semelhantes, bem como verificar o poder modulador de outras variáveis que afetam o desenvolvimento da família.







Espera-se que o presente estudo contribua para uma melhor compreensão das relações entre as práticas educativas parentais e as práticas alimentares parentais, uma vez que o papel da família no desenvolvimento geral e alimentar da criança é fator de proteção para o futuro do infante. Conhecer as práticas educativas parentais mais comuns que levam a boas e más práticas alimentares facilita o processo de orientação parental, permitindo aos profissionais de saúde abordagens mais eficazes nas dificuldades de desenvolvimento envolvendo alimentação e nutrição. Por fim, o desejo é que esta pesquisa contribua para salientar a importância dos estudos interdisciplinares nas áreas de saúde, como a nutrição e a psicologia.

Referências

- Coelho, A. C. E. (2016). Práticas parentais de controlo alimentar: Relação com o peso da criança [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Fernando Pessoa].
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- De Melo, M. E. (2023). *Diagnóstico Da Obesidade Infantil: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO)*.
- De Sousa, G. C., Lopes, C. S. D., Miranda, M. C., da Silva, V. A. A., & Guimarães, P. R. (2020). A pandemia de COVID-19 e suas repercussões na epidemia da obesidade de crianças e adolescentes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(12), e4743-e4743.
- Fletcher, A. C., Steinberg, L., & Williams-Wheeler, M. (2004). Parental influences on adolescent problem behavior: Revisiting Stattin and Kerr. *Child development*, 75(3), 781-796.
- Floyd, R.G., Evans, J.J., & McGrew, K.S. (2003). Relations between measures of Cattell-Horn-Carroll (CHC) cognitive abilities and mathematics achievement across the school-age years. *Psychology in the Schools*, 40 (2), 155-171.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Editora Vozes.
- Gomide, P. I. C. (2013). *Pais presentes, pais ausentes: regras e limites*. Editora Vozes.
- Huçalo, A. P., & Ivatiuk, A. L. (2017). A relação entre práticas parentais e o comportamento alimentar em crianças. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em saúde mental*, 6(2), 113-128.
- Mayer, A. P. F., Weber, L. N. D., & Ton, C. T. (2014). Perfis parentais com base nas práticas educativas e alimentares: análises por agrupamento. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(3).
- Mayer, A. P. F. (2011). *As relações entre família, escola e o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade infantil* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná].
- Ministério da Saúde. (2014). *Guia Alimentar para a População Brasileira*. (2ª ed.). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.
- Moraes, N. D. M. S., & Batista, A. P. (2010). Práticas educativas parentais: análise de estudos sobre o comportamento de pais e filhos. *Pensando fam*, 41-59.
- Musher-Eizenman, D., & Holub, S. (2007). Comprehensive feeding practices questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *Journal of pediatric psychology*, 32(8), 960-972.
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2022). *Desenvolvimento Humano-14*. McGraw Hill Brasil.
- Pereira, M. M., & Lang, R. M. F. (2014). Influência do ambiente familiar no desenvolvimento do comportamento alimentar. *Revista Uningá*, 41(1).
- Piasetzki, C. T. R., & Boff, E. T. O. (2018). Educação alimentar e nutricional e a formação de hábitos alimentares na infância. *Revista Contexto & Educação*, 33(106), 318-338.
- Prates, C. B., Passos, M. A. Z., & Masquio, D. C. L. (2022). Parental feeding practices and ultra-processed food consumption in preschool children. *Revista De Nutrição*, 35, e210269. <https://doi.org/10.1590/1678-9865202235e210269>
- Rocha, G. V. M., & Martins, P. (2011). Vergonha e Culpa. In P. I. Gomide (Org.), *Comportamento moral: uma proposta para o desenvolvimento das virtudes* (1ª ed., pp 175-191). Juruá Psicologia.
- Salvo Toni, C. G. D., & Pazzetto, T. (2018). Grupo de orientação a pais em clínica-escola de Psicologia. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 7(2), 69-86.

- Salvo, C. G. D., Silveiras, E. F. de M., & Toni, P. M. de .. (2005). Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 22(2), 187–195. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200008>
- Schapuis, S., & Toni, C. G. S.(2023). Práticas educativas parentais como preditoras de capacidades e dificuldades na infância. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 11(2), 81-93. Recuperado de <https://www.revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/393>
- Schavarem, L. N., & Toni, C. G. S.. (2019). A relação entre as práticas educativas parentais e a autoestima da criança. *Pensando famílias*, 23(2), 147-161. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000200012&lng=pt&tlng=pt
- Silva, C., Barbosa, K. R., Santana, T. N., Gratão, L. H., & Gois, B. (2021). Influência dos pais sobre o hábito alimentar na infância: Revisão Integrativa. *Enciclopédia Biosfera*, 18(37).
- Stattin, H., & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: A reinterpretation. *Child development*, 71(4), 1072-1085.
- Toni, C. G. de S., & Hecaveí, V. A.. (2014). Relações entre práticas educativas parentais e rendimento acadêmico em crianças. *Psico-usf*, 19(3), 511–521. <https://doi.org/10.1590/1413-82712014019003013>.
- Viana, V., Candeias, L., Rego, C. I. I. I., & Silva, D. (2009). Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: uma revisão da bibliografia. *Alimentação Humana*, 15(1), 9-16.
- Weber, L. N. D., Brandenburg, O. J., & Viezzer, A. P. (2003). A relação entre o estilo parental e o otimismo da criança. *Psico-usf*, 8(1), 71–79. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712003000100010>

Velhice, Luto e Psicanálise: Análise Fílmica a partir de Up! Altas Aventuras

Joyce Vitória Chaves¹ , Jéssica Paula da Cruz² , Julia Franco de Oliveira Souza³ , Camila Esteves Cambaúva⁴ , João Leonardo Corte⁵  e Ana Paula Medeiros⁶ 

Fundação Hermínio Ometto (FHO)

Resumo: A velhice é uma fase singular que abrange indivíduos a partir dos 60 anos em países em desenvolvimento e dos 65 anos nos países desenvolvidos. Entretanto, entende-se que o envelhecimento vai além de critérios biológicos, sendo influenciado por fatores sociais e culturais. A visibilidade crescente das pessoas idosas destaca sua complexidade e a necessidade de reavaliar estigmas negativos. O cinema pode ajudar a explorar esses enredamentos, oferecendo compreensões psicanalíticas sobre o desenvolvimento e o luto nessa fase. Este trabalho analisa o filme “Up - Altas Aventuras” sob a ótica da psicanálise, focando no envelhecimento e luto, utilizando a observação do filme, identificação de temas emergentes e revisão de literatura para integrar teoria e prática. “Up - Altas Aventuras” narra a jornada de Carl Fredricksen, um viúvo idoso que, em meio à sua solidão e resistência às mudanças, decide honrar o sonho de sua falecida esposa, Ellie, de explorar o “Paraíso das Cachoeiras”. Enfrentando desafios e fazendo novas amizades pelo caminho, sua jornada demonstra a importância das redes de apoio para a elaboração do luto e o redirecionamento da energia psíquica para novos vínculos e atividades, promovendo um envelhecimento mais saudável e integrado. A análise do filme apresenta que, apesar dos estigmas negativos associados à velhice e às perdas, essa fase da vida pode ser um período de desenvolvimento e aprendizado. O trabalho enfatiza a necessidade de mais pesquisas para desmistificar estereótipos e explorar as potencialidades dos idosos.

Palavras-chave: velhice, psicanálise, cinema, envelhecer, luto

Old Age, Mourning and Psychoanalysis: Film Analysis From Up!

Abstract: Aging is a unique phase that encompasses individuals from 60 years in developing countries and 65 years in developed countries. However, it is understood that aging goes beyond biological criteria, being influenced by social and cultural factors. The increasing visibility of older adults highlights their

¹ Aluna do curso de graduação em Psicologia pela Fundação Hermínio Ometto, Araras, São Paulo, Brasil. *E-mail:* joycevit.chaves@gmail.com

² Aluna do curso de graduação em Psicologia pela Fundação Hermínio Ometto, Araras, São Paulo, Brasil. *E-mail:* jessicapauladacruz@gmail.com

³ Aluna do curso de graduação em Psicologia pela Fundação Hermínio Ometto, Araras, São Paulo, Brasil. *E-mail:* souzajulia753@gmail.com

⁴ Psicóloga graduada pelo Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto de Araras. Pós-graduanda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pelo Centro Universitário de Araras Dr. Edmundo Ulson, Araras, São Paulo, Brasil. *E-mail:* camila.cambauva@hotmail.com

⁵ Aluno do curso de graduação em Psicologia pela Fundação Hermínio Ometto, Araras, São Paulo, Brasil. *E-mail:* joaoleonardocorte@gmail.com

⁶ Psicóloga, mestre e doutoranda em psicologia pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *E-mail:* paulla_medeiros@hotmail.com

complexity and the need to reassess negative stigmas. Cinema can help explore these entanglements, offering psychoanalytic understandings of development and grief in this phase. This paper analyzes the film “Up” from a psychoanalytic perspective, focusing on aging and grief, utilizing film observation, identification of emerging themes, and literature review to integrate theory and practice. “Up” narrates the journey of Carl Fredricksen, an elderly widower who, amid his loneliness and resistance to change, decides to honor the dream of his late wife, Ellie, to explore the “Paradise Falls.” Facing challenges and making new friendships along the way, his journey demonstrates the importance of support networks for processing grief and redirecting psychic energy towards new bonds and activities, promoting healthier and more integrated aging. The film analysis shows that, despite the negative stigmas associated with aging and loss, this phase of life can be a period of development and learning. The paper emphasizes the need for further research to demystify stereotypes and explore the potential of older adults.

Keywords: old age, psychoanalysis, cinema, growing old, mourning

Introdução

“Pouco importa venha a velhice, que é a velhice?”

Teus ombros suportam o mundo e ele não pesa mais que a mão de uma criança.”

— Carlos Drummond de Andrade,
Sentimento do mundo

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde - OMS (2005), pessoas idosas são aquelas que atingiram a idade de 60 anos nos países em desenvolvimento e 65 anos nos países desenvolvidos. No entanto, o conceito de velhice transcende os meros critérios biológicos, adquirindo uma dimensão mais ampla e subjetiva. A experiência da velhice é fortemente influenciada pelo contexto social, econômico e cultural em que o indivíduo está inserido, resultando em uma vivência singular para cada pessoa, permeada por uma série de fatores.

Nos últimos anos, tem sido evidente um aumento na visibilidade dada à fase do envelhecimento, provocando uma profunda reflexão sobre o significado de “ser velho” na sociedade contemporânea (Castilho,

2012). Esse fenômeno não apenas coloca em destaque os desafios da pessoa idosa, mas também evidencia sua variabilidade de acordo com as circunstâncias individuais e sociais. Essa transformação de percepções e entendimentos coletivos sobre esse tema sugere uma dinâmica social em evolução, na qual as noções tradicionais estão sendo reavaliadas e reinterpretadas à luz das mudanças culturais e sociais em curso.

Seguindo essa reflexão, apesar do aumento da visibilidade e das dificuldades reconhecidas do processo de envelhecimento, ele ainda é frequentemente encarado de maneira negativa. Em muitas sociedades, especialmente no contexto ocidental, o processo de envelhecimento é visto como algo prejudicial e associado a estigmas sociais. Piletti, Rossato e Rossato (2014, p. 214) ressaltam essa visão ao afirmar que “A concepção de velhice [...] é em geral em volta por uma série de estigmas sociais, de concepções negativas, difundidas na sociedade, na história, na cultura, e subjetivadas pelo sujeito”. Essa perspectiva carregada de estigmas e concepções negativas alimenta uma visão de estagnação durante a velhice, impedindo muitas vezes a apreciação das riquezas e dos potenciais desse período da vida.

No contexto de uma sociedade que valoriza a juventude e a estética, a velhice frequentemente é vista apenas como um estágio de declínio, marcado por perdas e fragilidades. Por conta dessa visão, é comum que as pessoas idosas sejam negligenciadas ou até mesmo ignoradas em relação à sua contínua evolução e busca por sentido na vida. É importante reconhecer que pessoas mais velhas também estão em constante evolução em várias áreas da vida, como na busca por significado, entendimento e propósito (Piletti, Rossato & Rossato, 2014). A falta de reconhecimento adequado dessa evolução pode desencadear uma série de problemas emocionais e físicos, como angústia, desinteresse por atividades prazerosas, distúrbios do sono, depressão e sintomas físicos relacionados ao estresse emocional (Fochesatto, 2018).

É fundamental destacar que a experiência da velhice está intrinsecamente ligada a um processo de múltiplas perdas. Entre elas, destacam-se aquelas associadas às transformações físicas, decorrentes do envelhecimento do corpo e das alterações na

aparência. Além disso, a pessoa idosa enfrenta o desafio da aposentadoria e a subsequente mudança na rotina. A aposentadoria, por sua vez, constitui um período que expõe o indivíduo a diversas fragilidades, tais como o sentimento de incapacidade, dificuldades financeiras e redução da interação social, frequentemente distante da idealização de um período de lazer e de reconhecimento pelo trabalho dedicado ao longo da vida (Campos & Leão, 2021).

O momento da aposentadoria pode ser interpretado como o primeiro encontro do indivíduo com a velhice, uma fase que evoca uma gama de experiências variadas, podendo oscilar entre aspectos positivos e negativos, dependendo de uma série de fatores individuais. Uma outra situação que confronta o indivíduo com o seu próprio envelhecimento é quando ele enfrenta a perda de entes próximos (Piletti, Rossato & Rossato, 2014), o que desencadeia reflexões sobre a sua própria trajetória de vida e a finitude da existência.

Encarar o processo de luto é uma jornada complexa, permeada pelo sofrimento e influenciada por uma diversidade de elementos. O vínculo emocional com o falecido, o estado emocional da pessoa enlutada e sua resiliência são apenas alguns dos fatores que moldam essa experiência única para cada indivíduo. Todavia, é importante reconhecer que, em muitas ocasiões, os idosos enfrentam desafios adicionais ao lidar com o luto, pois podem encontrar um espaço limitado para expressar sua dor e sofrimento.

Esse fenômeno decorre, em parte, da expectativa social de que os idosos já adquiriram habilidades para lidar com as adversidades da vida, incluindo a superação da morte, e que devem encará-la com naturalidade. No entanto, essa visão pode desconsiderar a complexidade do processo de luto e as necessidades emocionais dos idosos, negando-lhes o apoio e a compreensão de que necessitam durante esse período difícil.

É fundamental ressaltar que o luto não se resume apenas à perda física de um ente querido. Embora essa seja uma forma comum de vivenciar o luto, o conceito se estende a qualquer tipo de perda significativa, como a perda de um relacionamento, de uma identidade ou de uma situação importante

na vida de alguém. Segundo Freud (1917/2010), ele é compreendido como a perda do objeto de amor ou de uma abstração na qual foi investida grande energia libidinal. Durante o processo de luto, a pessoa pode se afastar do mundo exterior e perder o interesse pelas atividades que costumava desfrutar. Isso faz parte do que Freud (1917/2010) chamou de “trabalho de luto”, um período de adaptação emocional no qual a pessoa processa a perda, reconstrói sua vida e reintegra seus sentimentos em relação ao objeto perdido. Outrossim, o trabalho de luto consiste em relembrar, criar e recriar da pessoa perdida, até que, por fim, consiga elaborar a realidade: que ela não está mais presente no mundo (Dunker, 2019).

Kehl (2009) aponta a resistência que o enlutado possui ao se desligar do objeto perdido, a partir da desorganização corporal desencadeada pela separação das pulsões eróticas que, até então, se ligavam a essa representação. Ainda na perspectiva da autora, a ordem imaginária também participa da dificuldade em desvencilhar-se do objeto perdido. Da mesma forma, Nasio (2010) define o ser amado, em que se deposita estima e investimento narcísico, a partir de um hibridismo constituído em instâncias externa e interna: enquanto ser que existe no mundo exterior, mas também, enquanto objeto fantasiado do inconsciente. Deste modo, a dor da perda não diz respeito à morte em si, e sim ao rompimento das fantasias antes ligadas à figura da pessoa amada.

A questão que se coloca é: para além dos estigmas associados à velhice, quais são os desafios enfrentados nessa etapa do desenvolvimento em relação à perda? Nesse contexto, este trabalho propõe uma reflexão sobre o processo de luto na terceira idade, explorando suas ramificações e os mecanismos de enfrentamento; fundamentando-se em uma abordagem psicanalítica. Além disso, busca-se ampliar a análise para enfatizar a importância de pesquisas direcionadas aos processos de luto vivenciados na velhice, a fim de aprofundar a compreensão das peculiaridades dessa etapa da vida, considerando que o desenvolvimento pessoal do idoso não se encerra nesse período.

O cinema, desde seu surgimento, tem sido uma das formas mais poderosas de arte, capaz de evocar uma ampla gama de emoções e experiências

nos espectadores. Essa capacidade de transmitir sensações e provocar reflexões profundas sobre a natureza humana o torna intimamente ligado à psicanálise. Ambos os campos compartilham a capacidade de reinventar e reinterpretar experiências e emoções. Assim como um filme pode ser interpretado de diferentes maneiras por diferentes espectadores, as experiências vividas por uma pessoa podem ser vistas sob diferentes perspectivas na análise psicanalítica (Catharin, Bocchi & Campos, 2017).

Portanto, o cinema, enquanto arte visual e narrativa, oferece um terreno fértil para a exploração e representação das complexidades psicológicas e emocionais dos personagens. Por meio da linguagem cinematográfica, é possível capturar nuances da psique humana, revelando conflitos internos, desejos reprimidos e mecanismos de defesa em uma interação íntima com o espectador. Catharin, Bocchi e Campos (2017) destacam as relações entre os conceitos freudianos de figurabilidade, que se refere à representação dos pensamentos em imagens visuais, e a identificação do espectador com os personagens.

Laplanche e Pontalis (2001) destacam que a teoria freudiana descreve o sujeito humano como sendo formado por meio de identificações. Isso significa que a personalidade de uma pessoa é moldada não apenas por suas próprias experiências e desejos, mas também pelas influências e modelos que ela adota ao longo da vida. Neste sentido, a escolha do filme para análise nesse estudo não apenas se justifica pela sua relevância temática, mas também pela sua capacidade de ilustrar e enriquecer os conceitos psicanalíticos discutidos.

Assim, para a análise do filme selecionado e sua relação com a psicanálise, é necessário explorar dois eixos centrais. Primeiramente, é importante investigar como o filme aborda a questão da velhice como um processo de desenvolvimento. Além disso, é crucial examinar os processos de luto presentes no filme, especialmente durante a velhice. O luto é um tema recorrente na psicanálise, e a forma como os personagens lidam com perdas, sejam elas perdas de entes queridos, de capacidades físicas ou de status social, pode oferecer *insights* valiosos sobre os mecanismos psíquicos envolvidos nesse processo.

Portanto, ao analisar o filme por meio desses dois eixos, é possível enriquecer nossa compreensão dos conceitos psicanalíticos em questão e sua aplicação à experiência humana representada na obra cinematográfica.

Método

O presente trabalho se concentra na análise do filme “Up - altas aventuras” (Docter, 2009), empregando uma abordagem embasada na teoria psicanalítica e na temática do envelhecimento e do luto. Para atingir esse propósito, adotou-se o procedimento inicial de observação flutuante do filme, seguida pela identificação e discussão dos temas emergentes, bem como pela consulta a referências teóricas clássicas em livros e artigos científicos disponíveis em bases de dados como Scielo, Pepsic e Biblioteca Virtual em Saúde.

Para a construção desse trabalho, foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos: inicialmente, realizou-se a observação do filme em questão; em seguida, procedeu-se à análise em busca dos temas emergentes; posteriormente, foi realizada uma revisão de literatura, com o intuito de localizar livros clássicos e artigos científicos relevantes; por fim, os conteúdos teóricos identificados foram analisados e integrados à obra estudada. Cabe ressaltar que esse trabalho se baseou na análise de conteúdo conforme proposta por Bardin (2011), utilizando como fundamentação teórica a perspectiva psicanalítica para as interpretações realizadas.

A utilização do filme como elemento disparador nesse estudo desempenhou um papel fundamental ao servir não apenas como ponto de partida, mas também como ponto de chegada na investigação. Ele não só provocou a reflexão inicial, estimulando a emergência dos temas centrais, mas também proporcionou uma base sólida para a análise subsequente. Nesse sentido, o filme serviu como um elo entre a teoria acadêmica e a narrativa dos personagens, permitindo uma articulação significativa entre os conceitos abstratos e as experiências concretas representadas na obra cinematográfica. Assim, sua incorporação no estudo não apenas enriqueceu a compreensão dos

fenômenos em questão, mas também facilitou a síntese entre teoria e prática, promovendo uma análise mais profunda e abrangente.

O objetivo desse trabalho é analisar as interações entre a psicologia do desenvolvimento e processos de envelhecimento com a temática do luto, a partir da psicanálise. Pretende-se identificar quais estratégias foram utilizadas pelo personagem para a vivência do luto. Além disso, espera-se ressaltar a velhice como um período de desenvolvimento e, por fim, analisar as contribuições da psicanálise para esses temas.

Resultados e Discussão

Contextualizando o filme

“É de coração?
Do fundo dele.”

—Up! Altas aventuras, *Disney/Pixar*

O filme “Up - Altas Aventuras”, uma animação lançada em 2009 e dirigida por Pete Docter e Bob Peterson, conta a história de Carl Fredricksen. Em sua infância, Carl tem um encontro memorável com Ellie, uma garota cheia de energia e paixão por aventuras, que compartilha seu amor pelo lendário explorador Charles Muntz. O romance entre Ellie e Carl floresce quando jovens e, após se casarem, eles conseguem trabalhar juntos em um zoológico, realizando o sonho de comprar a casa onde se conheceram.

Mesmo com o passar dos anos, Ellie e Carl continuam nutrindo seu relacionamento com encontros românticos regulares. Em uma dessas ocasiões, Ellie enfrenta um mal-estar e é levada ao hospital, onde descobrem que ela sofreu um aborto espontâneo. Apesar da dor e da perda devastadora, a cumplicidade e o amor entre Ellie e Carl permanecem inabaláveis, fortalecendo ainda mais o vínculo entre eles.

O filme acompanha a jornada do casal Ellie e Carl até o envelhecimento, com foco especial na trajetória de Carl após a morte de Ellie. Profundamente abalado pela perda, Carl se fecha emocionalmente, afasta-se das pessoas e encontra consolo em sua casa, que se torna seu último refúgio em meio ao crescente desenvolvimento urbano ao redor. Com o passar dos anos, sua residência se

destaca como um ponto solitário em meio a uma paisagem dominada por prédios, simbolizando sua solidão e sua resistência à mudança.

Como o terreno da casa de Carl é um dos poucos que uma construtora não conseguiu adquirir, frequentemente ele tem sua paz abalada por barulhos e movimentações das obras ao lado de sua casa. Em um momento de desespero e resistência, Carl acaba ferindo um operário que, acidentalmente, danifica sua caixa de correio, uma das primeiras lembranças que ele compartilhou com Ellie em sua casa. Esse incidente o leva aos tribunais, onde é sentenciado a deixar sua casa e ser enviado para um asilo.

Diante da iminente perda de sua casa e das preciosas memórias que ali estão encapsuladas, Carl se vê confrontado com uma escolha difícil: abandonar seu lar ou iniciar uma nova jornada. Com coragem e determinação, ele decide honrar o sonho compartilhado com Ellie de explorar o “Paraíso das Cachoeiras”, uma aventura que os dois planejaram por anos. Assim, Carl embarca em uma viagem emocional e física rumo à América do Sul, não apenas em busca de novas paisagens, mas também de um renascimento pessoal e espiritual.

Para realizar sua jornada, Carl tem uma ideia ousada: transformar sua casa em uma casa flutuante, utilizando centenas de balões de gás hélio, como meio de escapar das autoridades que ameaçam confiscar sua propriedade. Contudo, durante sua fuga, Russell, um jovem escoteiro de oito anos que precisa auxiliar um idoso para ganhar um distintivo de Explorador da Vida Selvagem Sênior, fica preso na varanda da casa. Encontrando-se já nas alturas, Carl percebe que precisa levar Russell consigo nessa jornada.

Ao chegarem ao “Paraíso das Cachoeiras”, Carl não consegue pousar onde desejava, comprometendo sua missão inicial. Agora, o objetivo é levar a casa, ainda flutuante com alguns balões restantes, até o topo da cachoeira. Contudo, a atenção de Russell é desviada ao avistar um pássaro exótico, batizado como “Kevin”, que logo captura sua curiosidade. Em sua jornada, eles também encontram um cachorro da raça Golden Retriever chamado “Dug”, cujo colar permite que ele se comunique utilizando palavras. Dug expressa o desejo de capturar Kevin e levá-lo ao seu “mestre”.

Entretanto, ao se depararem com o mestre de Dug, revela-se que ele é o aventureiro Charles Muntz, há muito considerado desaparecido. Inicialmente encantado com a figura lendária, Carl logo se vê horrorizado ao descobrir os verdadeiros planos de Muntz. Este pretende caçar, matar e expor Kevin para restaurar sua honra e glória, sem hesitar em sacrificar as vidas de Carl e Russell para alcançar seus objetivos desesperados. A admiração inicial de Carl transforma-se em repulsa diante da crueldade implacável de Muntz.

Após descobrirem os planos de Muntz, Carl e Russell se veem em uma corrida desesperada para fugir de Charles e salvar Kevin. Ainda assim, suas tentativas são em vão, pois Charles os persegue implacavelmente, finalmente conseguindo capturar Russell para usá-lo como isca para atrair Kevin. A situação se torna ainda mais desesperadora quando Charles começa a destruir os balões da casa de Carl, comprometendo seriamente sua capacidade de flutuar. Diante dessa ameaça iminente, Carl se vê diante de uma difícil escolha: sacrificar os preciosos e carregados símbolos de sua vida com Ellie, os quais compõem a essência de sua casa, para garantir a segurança de Russel e a chance de resgatar Kevin. Assim, com um coração pesado, o idoso Carl decide desfazer-se de cada item, cada lembrança, cada pedaço da história compartilhada com Ellie, para aliviar o peso da casa e permitir que ela voe novamente em direção ao resgate de Russell.

Ao considerar a análise do filme sob a perspectiva da psicanálise, optamos por explorar dois eixos centrais que se destacam: a representação da velhice como um processo de desenvolvimento e a abordagem dos processos de luto, especialmente durante essa fase da vida. O filme oferece uma rica oportunidade para ilustrar teorias psicanalíticas e promover análises mais profundas sobre esses temas.

Possíveis diálogos: luto, velhice e Up! Altas aventuras

“Obrigada por essa bela aventura.
Agora está na hora de viver uma nova.”
—Up! Altas Aventuras, *Disney/Pixar*

Considerando então o que Catharin, Bocchi e Campos (2017) trazem acerca da figurabilidade freudiana e a possibilidade do sujeito se identificar com personagens fictícios, é possível utilizar o filme como ferramenta de discussão envolvendo questões do desenvolvimento, como os lutos reais e simbólicos presentes na velhice. Retomando os objetivos do trabalho, a partir da apresentação do filme e dos entrelaçamentos com a psicanálise, busca-se neste momento compreender o processo de desenvolvimento do personagem, o envelhecimento, as passagens pelo luto, e que fatores interferiram neste percurso.

A história de Carl está intimamente relacionada ao trabalho de luto, que, segundo Laplanche e Pontalis (2001), corresponde a um processo do enlutamento, que demanda uma postura ativa do indivíduo para sua elaboração, que pode ou não ser bem-sucedida e que precisa de novas conexões para acontecer. Em um recorte do filme a ser analisado, tem-se Carl com um comportamento de isolamento na casa em que viveu com a mulher, junto a objetos, afetos e histórias que o ligam à esposa que não está mais presente fisicamente. Compreendendo o luto como um processo significativo de perda, Freud (1917/2010) referia que, neste período, o Eu é absorvido e a energia psíquica, que antes estava concentrada no objeto de amor, encontra resistência em se redistribuir e passa, portanto, a se deslocar para uma imagem prolongada daquilo perdido na psique. Desse modo, entende-se que, embora Ellie não estivesse mais presente na casa, Carl continua a investir sua energia emocional nas lembranças e representações da companheira, utilizando-se de objetos e recordações como uma extensão dela. Assim, embora de maneira indireta, ele ainda mantém um vínculo com Ellie por meio desse investimento.

Com isso, Carl passa a desviar o investimento de energia do mundo exterior para as representações de sua companheira. A perda de Ellie faz com que ele sinta a necessidade de desinvestir a energia que antes era direcionada diretamente a ela. No entanto, esse processo de desligamento é gradual e demanda energia emocional, gerando dor e sofrimento (Oliveira & Lopes, 2008). Esta dor, segundo Nasio

(2010), é uma ruptura violenta no investimento libidinal que antes ligava o sujeito ao objeto de amor perdido, trazendo uma reação à perda do ser amado e o Eu inibido do mundo exterior, portanto, se ocupa em manter viva a representação mental do objeto perdido. Carl busca manter tal representação na casa em que viveu com Ellie, de modo algum querendo se desfazer do imóvel e em diversos momentos, menciona o nome da falecida esposa como se estivesse em uma conversa com ela.

Freud (1917/2010) traz duas formas de reação à perda: o luto e a melancolia. Enquanto o luto refere-se à elaboração da perda, ou seja, um processo necessário, apesar de doloroso, a melancolia já pode ser compreendida como uma perda patológica identificatória. Nesse sentido, a melancolia corresponderia a um processo do Eu em se identificar com o objeto perdido, o que impede o desenvolvimento do luto e intensifica a revolta pela perda do objeto. Com isso, o indivíduo identificado com o objeto pode se perder a ele (Rivera, 2012). Não há no filme a relação do tempo em que Carl ficou distanciado do mundo exterior, mas no final existe uma pista de que o que ele necessitava era a elaboração dessa perda e uma rede de apoio. As características que distanciam o estado de luto de um estado patológico estão ligadas ao investimento da libido nessa representação psíquica do objeto. Pois, Freud (1917/2010) pontua que, para a conclusão do trabalho do luto, a energia pulsional carregada de lembranças e expectativas outrora ligadas ao objeto passa a ser super investida, e posteriormente desligada, o que ocorre não de maneira rápida, mas paulatinamente.

Não se sabe o que de fato liga uma pessoa a outra, não é algo que se possa quantificar. Para Nasio (2010), a escolha do outro como objeto amoroso leva esse objeto externo à internalização, gerando o que o autor denomina de “sutura inconsciente”. Embora o objeto perdido seja finito, ele carrega um traço de infinitude, denominado por Lacan (conforme citado por Dunker, 2019) como Desejo. O Desejo não é nomeável e sua causa é contingente, isto é, singular para cada sujeito (Miller, 2011). Nesse sentido, não há como apontar, nomear, tampouco quantificar as energias pulsionais que

Carl depositava em Ellie, e embora no desenlace da narrativa a energia libidinal do personagem volte-se novamente ao exterior, há memórias e fantasias ligadas à perda que o acompanharão durante a vida. Novamente em consonância com a internalização discutida por Nasio (2010), essa ruptura sofrida por Carl rompe também o seu equilíbrio interno e gera uma dor psíquica denominada “dor de amar”, que impacta na constituição do tempo, do espaço e da identidade do eu.

Desse modo, devido à sua intensidade, é preciso ressaltar que o trabalho do luto não segue uma linearidade e demanda tempo para concluir-se, tendo como objetivo a proteção do psiquismo perante a perda (Kehl, 2009). Do mesmo modo, Dunker (2019) pontua que a temporalidade ocorre de maneira distinta para o enlutado. Na animação, observa-se que enquanto todo o espaço ao redor da casa de Carl se transformou, sua casa continua a mesma, com os objetos dispostos de igual modo desde que sua esposa faleceu. Nesse momento, observa-se na cena o contraste entre a casa do personagem e os prédios que estão sendo edificadas, que funciona como uma alegoria para o passar do tempo no luto.

O Eu, a instância absorvida e que se fecha para o mundo externo durante o processo de luto, não existe desde o início da vida, mas, para ser formado, passa pelas experiências do Narcisismo. Segundo Freud (1914/2010), o bebê, ao nascer, se enxerga de maneira fragmentada, e suas pulsões são desordenadas, visam satisfação autoeróticas. Posteriormente, o Eu ideal emerge a partir do olhar dos cuidadores, que terá papel de grande Outro para a constituição do sujeito, o que Freud (1914/2010) chama de Narcisismo Primário. Nesse período, o bebê se vê em um estado de completude e perfeição. A partir da castração simbólica, em que o indivíduo é inscrito no campo da falta, esse Eu ideal se mostra inalcançável, e a satisfação libidinal, antes voltada para o Eu, passa a ser investida também em objetos. Por não aceitar abandonar a satisfação outrora experimentada, busca-a por meio de um Ideal de Eu, formado pelos cuidadores, pelos educadores e pela sociedade, atrelados à consciência moral (Freud, 1914/2010). Essa concepção foi unida

posteriormente, à segunda tópica freudiana na noção de Superego (Freud, 1923/2011).

Em certo momento da narrativa, Russell conta a Carl que sente falta de tomar sorvete com seu pai, uma atividade que era carregada de significado para ele, simbolizando um momento de unidade e segurança compartilhada. Ele ainda menciona que o “mundo selvagem” parece diferente do que ele imaginava ao ler os livros, uma constatação que marca a transição de uma percepção idealizada para uma realidade que envolve frustrações. Esses relatos ilustram como, na infância, há uma experiência de onipotência narcísica, em que o sujeito ainda não enfrenta plenamente as limitações do mundo externo. No entanto, à medida que o tempo passa e o indivíduo confronta a realidade e a falta, o Eu é obrigado a lidar com as imperfeições da vida, refletindo o processo de desilusão do narcisismo infantil descrito por Freud (1914/2010).

A experiência da satisfação narcísica a partir de um ideal é chamada Narcisismo Secundário. O início da animação apresenta Carl, quando criança, assistindo a um filme de Charles Muntz, um explorador que havia voltado de sua viagem para o Paraíso das Cachoeiras, na América do Sul, de onde trouxe o esqueleto de um monstro que havia encontrado no território. Nesse episódio, Muntz, uma de suas figuras de identificação, na qual o garoto passa a ancorar a fantasia de viajar para o local, tendo o explorador como um ideal a ser seguido, fantasia essa que irá perdurar até a velhice. Carl conhece Ellie na infância, que logo lhe chama a atenção por compartilhar da mesma fantasia de viajar para o Paraíso das Cachoeiras, então, a garota passa a ser seu objeto de investimento amoroso. Na medida em que Ellie se encaixa no ideal e fantasia que Carl estima e admira, existe uma satisfação narcísica em ter o amor de Ellie de volta.

Freud (1914/2010, p. 20) dirá que “Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas afinal é preciso começar a amar, para não adoecer, e é inevitável adoecer, quando, devido à frustração, não se pode amar”. É então no ambiente externo e no outro, no amado, que a libido passa a ser investida no amor. Há um jogo de forças: quanto maior o investimento libidinal no objeto, menor o

investimento no Eu, rebaixando assim seu narcisismo, e vice-versa. “Alguém que ama perdeu, por assim dizer, uma parte de seu narcisismo, e apenas sendo amado pode reavê-la” (Freud, 1914/2010, p. 31). O sujeito, ao mesmo tempo em que, ao amar, tem seu narcisismo rebaixado, tem-no aumentado na medida em que seu objeto de amor o ama de volta, satisfazendo assim o seu Ideal de Eu. Segundo Nasio (2010), o amado então é eleito a partir de escolhas narcísicas. Se há uma satisfação narcísica ancorada na escolha do objeto de amor, a perda desse objeto é um ataque ao Eu que, não encontrando mais ligações com o mundo externo, na perda se fecha para que ocorra o trabalho de luto, como ocorre com Carl Fredricksen ao perder Ellie.

Entre as cenas que remetem ao passado do casal, há os episódios de expectativas quanto ao bebê que estavam esperando. Freud (1914/2010) remete à estima dos pais para com a criança como um retorno do narcisismo de ambos que fora abandonado. O casal, portanto, que investiu tempo, libido e expectativas em relação ao bebê, ligadas também a uma satisfação narcísica, teve de elaborar a perda dessa criança ocasionada pelo aborto espontâneo, a partir do trabalho de luto. Então, nota-se na vida de Carl perdas que não dizem respeito apenas ao mundo exterior, mas sim a perdas que acontecem no interior do Eu, devido ao investimento narcísico relacionado aos objetos.

Com isso, é possível considerar como parte do processo de luto a articulação com os lutos anteriores, com as perdas que dizem respeito ao próprio Eu. A perda de Ellie se articula com as outras perdas de Carl, como a perda do bebê, a perda de oportunidades, perdas cognitivas e biológicas decorrentes da velhice e a não realização de desejos que ele e Ellie tinham, é nessa perspectiva trazida pela animação, que se concorda com Dunker (2019) ao afirmar que no processo de luto, é preciso pensar, portanto, em tudo o que foi perdido naquilo que se perdeu. E esse processo de luto se torna ainda mais intenso quando se considera o conflito psicossocial proposto por Papalia, Olds e Feldman (2013), em que, em consonância com o estudo dos autores, Carl também sentiria angústia pelo o que não realizou durante a vida. Essa angústia da “não realização”

encontra forças no desejo de Carl que Ellie estivesse junto a ele na viagem para o Paraíso das Cachoeiras, mas em decorrência da inevitabilidade da morte, tal desejo não pôde se realizar com Ellie em vida.

Ainda no filme, Carl se encontra, após a morte de Ellie, morando sozinho na casa em que convivia com a esposa, enquanto ao seu redor estão ocorrendo aceleradas transformações. Em certo momento, em que ele agride um construtor da obra com sua bengala, após ter a sua caixa de correio derrubada, pode-se analisar uma situação em que as pessoas ao redor utilizam como argumento a velhice, além do ato agressivo, para deslegitimar Carl, tirá-lo de sua casa e afastá-lo da sociedade. Este trecho ilustra como se lida normalmente com a velhice, a partir dos estigmas sociais de estagnação citados por Piletti, Rossato e Rossato (2014), chegando a um ponto em que há uma desumanização da pessoa idosa, qualificando-a como alguém sem direitos absolutos e autonomia e que pode ter a sua vida decidida por desconhecidos, vista como quase que um objeto inerte.

Contudo, compreende-se que o desenvolvimento também ocorre na velhice e possui seu dinamismo. Erikson (1998) indica que entre os 40 e 65 anos de idade, o indivíduo encontra-se em um conflito, ou etapa, denominado “generatividade versus estagnação”. Neste momento, entende-se que há a necessidade de construção de um legado, para além das pessoas da família, que são ações e contribuições para as gerações seguintes. Tal legado se apresenta no filme, inicialmente, de maneira conflituosa entre as gerações de Carl e Russel. Carl, um senhor enlutado que tivera experiências como a de crescer, se apaixonar, casar, ganhar e perder um filho e perder a esposa, ora fechado para o mundo externo decorrente do trabalho de luto. Russell, um garoto entusiasmado e amante de aventuras que partilha do mesmo entusiasmo que Carl e sua falecida esposa compartilharam na infância, com o desejo de experienciar viagens e descobertas, aberto ao mundo externo. Posteriormente, com o desenvolver da narrativa, o legado e saberes do idoso relacionados às aventuras, sobre qual caminho a percorrer para chegarem ao “Paraíso das Cachoeiras” se juntaram ao dinamismo e ao impulso de Russell em explorar o mundo. Dessa maneira, o legado e a história de vida

de Carl agregam ao desejo de aventuras vivenciadas e idealizadas pelo jovem explorador, além da “Insígnia Ellie”, entregue pelo idoso na cena em que Russell se forma como “Explorador da Vida Selvagem Sênior”, aparece para significar esse legado transmitido ao garoto. Essa transmissão também se presentifica na atitude de Carl ao acompanhar o garoto em sua formatura e, ainda, em reviver os momentos que Russell vivia com seu pai e de que sentia falta: tomar sorvete enquanto contavam carros na rua.

Como último estágio do desenvolvimento, a partir dos 65 anos, o conflito que ocorre é o da integridade do Eu x desespero. Esse último estágio, segundo Erikson (1998), compõe um conflito que se baseia em um resgate do passado e no desafio de articular as angústias pendentes com o inevitável fim da vida. A pessoa idosa retoma seu passado, analisando seu desenvolvimento nos estágios anteriores, de forma que a vivência da velhice depende de como a pessoa viveu todos os outros períodos. Questões mal resolvidas e conteúdos reprimidos podem vir à tona e causar o que Erikson chama de “desespero”. Refletir sobre como o passado é irremediável não importa o que você faça, pode causar muito sofrimento. É essencial que essa pessoa idosa tenha desenvolvido bem a integridade de seu Eu para que não caia no desespero da angústia de seu passado, ou seja, que a pessoa tenha vivido sob uma boa qualidade de vida e tenha conseguido enfrentar as questões que colocavam em crise o seu Eu. A forma como a pessoa vai experimentar a velhice depende, além dos estágios anteriores, do apoio que ela recebe de seus familiares e de seu meio social.

Diante da perda da esposa, o protagonista no filme se defronta com o passado e com tudo aquilo que não realizou, tentando desesperadamente realizar seus sonhos antigos e se sentir, assim, mais próximo de sua esposa. Neste momento, tem-se uma aproximação com o “desespero” definido por Erickson (1998). Absorto pelo luto e fixado ao passado, Carl, ao longo do filme, só consegue afastar o desespero e aceitar o que aconteceu, com a presença de novas pessoas que o ajudaram a buscar novos significados para sua vida. Nesse sentido, o cachorro Dug, o pássaro Kevin e o garoto Russell, como rede de apoio, foram essenciais para que Carl pudesse

elaborar seu luto e depositar sua energia psíquica novamente no mundo exterior, a partir de novos laços sociais. Com isso, Carl também se aproxima da “integridade do Eu”. Essa perspectiva permite que o indivíduo possa elaborar suas angústias quando está próximo do fim da vida, o que possibilita um processo de envelhecimento com percepções mais positivas sobre o período (Erickson, 1998).

O vínculo de amizade construído com o garoto Russell se apresenta como elemento importante para a elaboração do luto de Carl, ideia exemplificada na cena em que ele se desfaz de seus antigos pertences ligados à sua casa e à sua falecida esposa, para que a estrutura fique mais leve e ele consiga voar com os balões. Nessa mesma cena, o idoso veste o colete de insígnias que Russell retirou em um momento de conflito da amizade dos personagens e parte em direção ao dirigível de Charles Muntz, a fim de salvar o menino e a ave Kevin. Nesse momento, Carl demonstra estar se abrindo novamente para o mundo externo, abandonando gradualmente as representações psíquicas ligadas à falecida esposa Ellie, que, segundo Freud (1917/2010), pontua, é voltar aos poucos a depositar a libido em outros objetos.

Ressalta-se que Erikson (conforme citado por Papalia, Olds & Feldman, 2013, p. 607):

concluiu que a integridade do ego resulta não somente da reflexão sobre o passado, mas de contínuos estímulos e desafios – quer por meio de atividade política, de programas de manutenção da boa forma, do trabalho criativo, quer pelos relacionamentos com os netos.

Sendo assim, Carl encontra caminhos para a elaboração de seu luto a partir do vínculo com os companheiros de viagem que podem se presentificar como uma metáfora para a importância dos vínculos na fase da velhice.

Vale salientar que as redes de vínculo e proteção da pessoa idosa são os familiares, amigos e sociedade como um todo, mas também, a proteção e garantias de direitos da pessoa idosa é dever do Estado, conforme apontado na Lei de nº 14.423.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade,

a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Lei nº 14.423, 2022).

Além disso, apesar das dificuldades que são inerentes a este momento da vida, em uma análise reflexiva sobre o filme apresentado, a velhice também se apresenta como uma experiência de grande revelação para a pessoa idosa. A partir do filme, nota-se que ao mesmo tempo em que há o estigma da estagnação na velhice por parte da sociedade, Carl aparece para contrariar tais concepções cristalizadas e ao invés de aceitar o asilamento e a venda de sua casa, toma a atitude de explorar um novo lugar, vincular-se com outras pessoas e ressignificar suas perdas. Sendo elas tanto a perda da esposa, a perda da casa, quanto a perda de ideais ao perceber que Muntz, seu grande herói de infância, era na realidade um caçador cruel. Neste ponto, é preciso compreender que o indivíduo continua o seu processo de desenvolvimento e, assim, pode investir a sua energia psíquica em novas atividades e em novos objetos, podendo dar um novo sentido à sua vida (Piletti, Rossato e Rossato, 2014).

Conclusão

Diante das análises supracitadas, vale salientar que a Velhice é uma etapa do desenvolvimento humano que carrega um estigma negativo de uma fase cercada por diversas perdas, exigindo do idoso a elaboração de diversos lutos. No entanto, a partir da análise fílmica foi possível constatar o quanto esta fase também pode representar uma possibilidade de desenvolvimento, aprendizado, significado e significações.

Em relação aos pontos que foram levantados, com a análise fílmica, analisou-se que o personagem Carl Fredricksen, além de vivenciar a perda da pessoa amada, no caso Ellie, também passou pela perda de sua autonomia e identidade, sobretudo a partir do momento em que recebe a notícia de que precisaria deixar sua casa e passar a residir num asilo. Essa cena, retratada de maneira

lúdica, faz alusão ao cotidiano de diversos idosos que passam a ser vistos pela sociedade como pessoas que não são mais capazes de tomar decisões, de maneira que os outros são aqueles que decidem pelo idoso e esperam uma passividade do idoso, que é percebido como alguém que não tem condições de avaliar o próprio futuro.

Retomando os objetivos deste trabalho, pode-se concluir que foi possível realizar a análise do filme a partir da perspectiva da psicologia do desenvolvimento e da psicanálise, enfocando questões como o envelhecimento e o luto. Também se verifica quais são os fatores que interferem na possibilidade de enfrentamento deste período. Além disso, considera-se que foi possível demarcar o quanto a velhice é um período de desenvolvimento e, portanto, passível de transformações positivas.

Apesar dos pontos alcançados neste estudo, reconhece-se as limitações do trabalho. Entende-se que a análise fílmica corresponde a uma possibilidade de análise mais restrita, embora possa ser articulada com a teoria. Deste modo, enfatiza-se a importância do desenvolvimento de pesquisas que foquem no processo de envelhecimento, podendo assim criar novas perspectivas sobre esse estágio da vida, desmistificando os estigmas e elevando as potencialidades da pessoa idosa.



Por fim, sugere-se a realização de pesquisas que utilizem outros métodos de investigação. Entende-se que as entrevistas com idosos para analisar o processo de envelhecimento, bem como a análise do processo de luto em diferentes faixas etárias, poderão auxiliar na compreensão da velhice e do luto e suas especificidades. Assim, propostas de intervenção poderão ser planejadas e executadas considerando as demandas reais do público-alvo, o que pode levar a um aumento na efetividade das estratégias utilizadas.

Referências

- Andrade, C. D. de (2012). *Sentimento do mundo*. Companhia das Letras.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Campos, D. A. M., & Leão, M. A. G. (2021). Eventos críticos na pré-aposentadoria: foco nas estratégias de enfrentamento. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 536–547. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-047>.
- Castilho, G. (2012). Psicanálise e velhice: o “idoso” é obsoleto? *Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 4(1), 48-58. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912012000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Catharin, V., Bocchi, J. C., & Campos, E. B. V. (2017). Psicanálise e cinema: o ser humano como um ser cinematográfico. *Ide (São Paulo)*, 40(64), 143-157. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010131062017000200012&lng=pt&nrm=iso.
- Docter, P. (Diretor). (2009). *Up: Altas Aventuras* [Filme]. Disney/Pixar.
- Dunker, C. I. L. (2019). Teoria do luto em psicanálise. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 8(2), 28-42. Recuperado de <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/226/154>.
- Erikson, E. H. (1998). *O ciclo de vida completo*. Artes Médicas.
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Obras Completas* (P. C. de Souza, Trad., pp. 13-50). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010). Luto e melancolia. In S. Freud, *Obras Completas* (P. C. de Souza, Trad., pp. 170-194). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2011). O eu e o id. In S. Freud, *Obras Completas* (P. C. de Souza, Trad., pp. 13-74). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923).

- Fochesatto, W. P. F. (2018). Reflexões sobre o envelhecer: A clínica com idosos e a escuta psicanalítica em um serviço de pesquisa. *Estudos de Psicanálise*, (50), 155-160. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010034372018000200017&lng=pt&tlng=pt
- Kehl, M. R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. Boitempo.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da psicanálise* (4ª ed. P. Tamen, Trad.). Martins Fontes.
- Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. (2022, julho 22). *Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente*. Presidência da República. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2022/lei-14423-22-julho-2022-793034-publicacaooriginal-165796-pl.html>
- Miller, J-A. (2011). *Perspectivas dos "Escritos" e "Outros escritos" de Lacan: Entre desejo e gozo*. Editora Schwarcz-Companhia das Letras.
- Nasio, J. -D. (2010). *O livro da dor e do amor*. Zahar.
- Oliveira, J. B. A. de, & Lopes, R. G. de C. (2008). O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 217-221. <https://doi.org/10.1590/S141373722008000200003>
- Organização Mundial da Saúde - OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Organização Panamericana de Saúde.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (7ª ed.). Artes Médicas.
- Piletti, N., Rossato, S. M., & Rossato, G. (2014). *Psicologia do Desenvolvimento*. Contexto.
- Rivera, T. (2012). Luta e melancolia, de Freud, Sigmund. *Novos Estudos CEBRAP*, 94, 231-237. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002012000300016>

Concepções Sobre A Morte E Suas Implicações Na Prática Dos Cuidados Paliativos¹

Aryane Leinne Oliveira Matioli² , Paulo José da Costa³ 

Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná

Resumo: O presente artigo versa sobre a morte sob o ponto de vista dos profissionais, no contexto da prática dos Cuidados Paliativos, em ambiente hospitalar. Tem como objetivo compreender psicanaliticamente quais as concepções que os profissionais de saúde têm em relação à morte e suas implicações na prática dos Cuidados Paliativos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito profissionais da equipe interdisciplinar, que atuam na área hospitalar e assistem pacientes diagnosticados com doenças que ameaçam a continuidade da vida e/ou que vivenciam a terminalidade. O método adotado foi o de análise de conteúdo, com base no qual foi possível a construção de categorias e a atribuição de sentidos subjacentes às falas dos entrevistados, tendo como suporte a teoria psicanalítica. Constatamos que os profissionais utilizam estratégias defensivas para lidar com a morte em seu ambiente de trabalho. Contudo, embora por vezes possam dificultar o trabalho, tais estratégias são favorecedoras quando há compreensão e realização efetiva dos Cuidados Paliativos. Assim, a morte pode ocorrer de forma humanizada, com dignidade, o que tranquiliza os membros da equipe de saúde e lhes permite uma atuação mais efetiva.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, morte, profissionais da saúde, psicanálise.

Conceptions On Death And Their Palliative Care Practice Implications

Abstract: This research study deals with the conceptions of death in the context of the Palliative Care practice in the hospital environment. Health professionals, who work with patients in end-of-life care and their relatives, reproduce the attempt to avoid and deny death and that fact directly influences the form that the patient and his or her family go through this delicate moment. This research aims at comprehending psychoanalytically which are the conceptions that health professionals have about death and their implications for the palliative care practice. In order to reach this purpose, semi-structured interviews were carried out with eight professionals from the interdisciplinary team that work in the hospital environment and assist patients with diseases that threaten the continuity of life and/or go through terminality. The research method was the content analysis and data interpretation and analysis were taken in a psychoanalytic theoretical perspective. It was verified that professionals use defensive strategies to deal with death in their workplace, however, when there is understanding and application of Palliative Care, death takes a humanized form, with dignity, which calm down the health team members.

Keywords: Palliative care, death, health professionals, psychoanalysis.

¹ Artigo derivado da dissertação de Mestrado intitulada “As Concepções Sobre a Morte e suas Implicações na Prática dos Cuidados Paliativos: Um estudo psicanalítico”, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá pela primeira autora e orientada pelo segundo autor.

² Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil. *E-mail:* aryane.matioli@hotmail.com

³ Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil. *E-mail:* pjcosta@uem.br.

INTRODUÇÃO

A escolha pelo presente tema resultou da prática em psicologia no ambiente hospitalar da primeira autora, com base em seu contato com situações nas quais se evidenciavam certas dificuldades dos profissionais de saúde, de diferentes especialidades e distintos setores do hospital, ao enfrentarem situações que envolviam a morte. Em função dessas experiências, progressivamente se configurou uma dúvida acerca de como seriam tais dificuldades no contexto da ocorrência da morte e do morrer durante a prática profissional, particularmente quando as pessoas em fim de vida necessitavam de Cuidados Paliativos. Do processamento dessas experiências originou-se um anseio pessoal de aprofundar os conhecimentos sobre a morte e o morrer na especificidade dos Cuidados Paliativos, visando compreender essa problemática. Assim, o que era um desejo pessoal se transformou em um projeto de pesquisa, que desenvolvemos conjuntamente no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, cujos resultados são aqui apresentados.

Desse modo, o presente artigo aborda a morte no contexto da prática em saúde no ambiente hospitalar, especificamente no que tange aos Cuidados Paliativos com pessoas em fim de vida, ação em saúde que, de modo geral, não visa à cura de doenças graves e terminais, mas ao controle dos sintomas e do sofrimento desencadeado pela evolução da doença, bem como o acolhimento aos familiares da pessoa enferma. Contudo, pela especificidade do que nos propusemos a investigar, esclarecemos que nos centramos nos Cuidados Paliativos em sentido mais exclusivo, quando a terminalidade é uma condição existente. Nessa perspectiva, a presente investigação teve como objetivo compreender as concepções que os profissionais envolvidos com pacientes que vivenciam o fim de suas vidas e suas implicações na prática dos Cuidados Paliativos têm sobre o tema.

Em nossa sociedade, a morte costuma ser vista como um tabu, carregando o sentido de algo inabordável, expresso por meio de proibições e restrições. Segundo a teoria psicanalítica, tal visão acontece desde os primórdios da humanidade,

pois para o ser humano de todos os tempos a sua própria morte é inimaginável. De acordo com Freud (1915/2006b), ao presenciar a morte de uma pessoa próxima e com a qual mantinha vínculos, o ser humano experimenta o sentimento de dor e o conseqüente reconhecimento da sua finitude e da dos outros.

Do ponto de vista psicanalítico, para viver em sociedade é necessário que as pessoas renunciem aos seus impulsos naturais, o que forçou a humanidade a um alheamento em relação a eles, embora permaneçam latentes. Tal alienação, por sua vez, contribui para uma perturbação na atitude do ser humano em relação à morte. Por um lado, há a expressão de que a morte é “[...] natural, inegável e inevitável” (Freud, 1915/2006b, p. 299), demonstrando a postura de estarmos preparados para lidar com isso, como algo necessário. Por outro, a atitude humana em relação à morte denuncia a tendência em excluí-la da vida, uma vez que a ideia da nossa própria morte não se faz possível em nosso imaginário (Freud, 1915/2006b). Sempre que tentamos imaginá-la, nos vemos como meros espectadores. Desta forma, podemos compreender como as dificuldades em lidar com a morte estão presentes na história da humanidade, pois o ser humano ainda enfrenta o “penoso enigma da morte, contra o qual remédio algum foi encontrado e provavelmente nunca será” (Freud, 1927/2006d), pp. 24-25).

No entanto, segundo Ariès (1977/2017), a mentalidade do ser humano em relação a esse tema assumiu diferentes características com o passar do tempo. Este autor comenta que, desde antes da era cristã, até o século X d. C., a morte era compreendida como um fenômeno comum do cotidiano das pessoas, e por isso ele a denominou de Morte Domada. O moribundo estava ciente de sua condição e era protagonista do momento final de sua vida. Durante muitos séculos a morte aconteceu assim, de forma familiar e próxima, enquanto por outro lado era atenuada e indiferente.

A morte era esperada no leito, numa espécie de cerimônia pública organizada pelo próprio moribundo. Todos podiam entrar no quarto, parentes, amigos, vizinhos e inclusive as crianças. Os rituais de morte eram cumpridos

com manifestações de tristeza e dor, que eram aceitas pelos membros daquela comunidade. (Kovács, 1992, p. 32)

A partir da segunda fase da Idade Média, nos séculos XI e XII, a atitude humana perante a morte não substituiu a maneira abordada anteriormente. Entretanto, segundo Ariès (1977/2017), ocorreram modificações sutis, resultando no que o autor chama de Morte de Si Mesmo. Nesse período, gradativamente a morte passou a ter um caráter individual, dando espaço para aquele que a enfrentava fazer reflexões sobre como agiu durante a vida e se seria merecedor de algo bom no dia do juízo final. Esta morte, ainda no leito, se estendeu até o século XIX. No entanto, já no fim da Idade Média ela passou a ter um caráter dramático e tal mudança reforçou o protagonismo do moribundo nas cerimônias de sua própria morte.

Em um terceiro momento, o qual Ariès (1977/2017) denominou de Morte do Outro, o fenômeno passou a ser compreendido como uma ruptura, o que deu início às dramatizações do processo de luto. Por isso, deixou-se de se ocupar tanto com a própria morte e voltou-se para a perda; ou seja, a morte das outras pessoas. De acordo com Freud (1915/2006b), quando morre alguém que amamos, somos acometidos por um importante colapso que gera sofrimento, “Nossas esperanças, nossos desejos e nossos prazeres jazem no túmulo com essa pessoa, nada nos consola, nada preenche o vazio deixado pelo ente perdido” (p. 300), e essa nossa atitude perante a morte gera um efeito poderoso em nossas vidas, uma vez que ocorre o empobrecimento da vida e a perda de interesse.

Por fim, a partir do século XX a humanidade passou a vivenciar o que Ariès (1977/2017) chamou de Morte Interdita, uma modificação radical da mentalidade e dos sentimentos tradicionais em relação à morte. De acordo com o autor, “A morte, tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto de interdição” (p. 82). Como consequência desta nova mentalidade, o doente torna-se um ser privado do conhecimento de sua condição de fim de vida, o que gera a conspiração do silêncio, num acordo entre familiares e equipe de saúde em não dividir com o

paciente a sua real condição. Freud (1915/2006b) destaca que o homem moderno e civilizado evita abordar esta possibilidade quando na presença do indivíduo moribundo, e a condição que o autoriza é precisar lidar com essa questão ao exercer seu ofício, como o caso dos médicos e dos advogados.

De acordo com Kovács (1992; 2003a), a morte que ocorre a partir do século XX deve ser escondida e, por isso, foi transferida para os hospitais. Ariès (1977/2017) nomeou de Morte Invertida este momento em que ela precisa passar despercebida, dando fim ao protagonismo do moribundo e privando-o da vivência de própria morte. Portanto, desaparece a cena do doente rodeado por familiares, presidindo os rituais do fim de sua vida e falando sobre seus desejos (Ariès, 1977/2017; Kovács, 2003a). A partir de então, a boa morte passou a ser a súbita, repentina, forma muito temida em tempos anteriores. No hospital a morte torna-se um fenômeno técnico em que, por meio da avaliação médica e da equipe de saúde, interrompem-se os cuidados quando na maioria das vezes o doente já perdeu a consciência há algum tempo. Nesse contexto e nessas condições, predominantemente encontramos pacientes e familiares alienados, ficando para a equipe de saúde, e particularmente para o médico a responsabilidade de conduzir os momentos finais da vida.

A tecnologia médica que muito avançou nos séculos XX e XXI, segundo Kovács (2014), tem sua relação com a Morte Interdita, pois apesar de o fim de vida ter sido transferido para os hospitais, é nesse ambiente que existe o objetivo de evitar que ela aconteça. Desse modo, “A morte se tornou distante, asséptica, silenciosa e solitária” (Kovács, 2014, p. 95), e com isso encontramos a impossibilidade de expressar o sofrimento e fazer rituais, uma vez que os sentimentos e as emoções não são prioridades nessa luta contra a morte.

Ao mesmo tempo em que a tecnologia médica contribui para a realização de diagnósticos e tratamentos e possibilita os progressos na direção da cura e de maior expectativa de vida, é importante levar em consideração os possíveis prejuízos que acarretam sofrimento no prolongamento da vida de pessoas que convivem com uma doença

grave, progressiva e incurável (Kovács, 2014). A manutenção de tratamentos invasivos, fúteis ou inúteis na situação de irreversibilidade da doença é, para Kovács (2003b), uma prática que obriga a pessoa a vivenciar um processo “[...] de morte lenta, ansiosa e sofrida” (p. 153). Desse modo,

A caricatura que a representa é o paciente que não consegue morrer, com tubos em orifícios do corpo, tendo por companhia ponteiros e ruídos de máquinas, expropriado de sua morte [...]. O prolongamento da vida e da doença amplia o convívio entre pacientes, familiares e equipe de cuidados, com estresse e risco de colapso. (Kovács, 2014, p. 95)

É diante deste contexto e da urgente necessidade de reumanizar o morrer que a prática dos Cuidados Paliativos emergiu, trazendo a possibilidade de a morte ser vivenciada com respeito e dignidade, além de compreendida como parte do desenvolvimento humano.

A palavra “paliativo” deriva do vocábulo em latim *pallium*, que tem como significado cobrir, aliviar (Ribeirinho et al., 2024). Portanto, a principal proposta dos Cuidados Paliativos como uma prática em saúde é proteger o paciente e seus familiares do sofrimento desencadeado por uma doença que põe em risco a vida (Duarte & Serra, 2024; Lima & Costa, 2023; Menezes & Barbosa, 2013; Leão et al., 2024). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define os Cuidados Paliativos

como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes – adultos e crianças – e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam vida. Previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais. (OMS, 2023, tradução nossa)

A OMS (s. d.) ainda destaca que, em função da abordagem acima indicada, os Cuidados Paliativos devem estar presentes nos diferentes níveis de atendimento à população, tendo em vista que, conforme comentam diversos autores, a priorização das condições para a melhoria da qualidade de vida para o paciente indica a importância desses cuidados

desde o momento em que há o diagnóstico da doença em paralelo ao tratamento curativo, e não somente quando o término da vida se aproxima, tornando-se mais exclusivo (Alves & Oliveira, 2022; André, 2024; Arantes, 2016; Batista et al., 2024; Braz & Franco, 2017; Costa et al., 2023; Duarte et al., 2024; Fitaroni et al., 2021; Guzinski et al., 2024; Ribeirinho et al., 2024; Sassani & Sanches, 2022; Vilas Boas & Guimarães, 2024).

Entretanto, por inúmeras razões (desconhecimento, situações financeiras, escassez de pessoal capacitado etc.), as equipes paliativistas comumente são acionadas “quando já não há uma proposta de modificações ou estabilização da doença, ou seja, quando o tratamento será conduzido em uma linha de um Cuidado Paliativo mais exclusivo, no sentido de priorização de medidas de conforto” (Braz & Franco, 2017); portanto, centrando-se nos cuidados de fim de vida quando não há mais terapêuticas possíveis de cura, instaurando-se o processo de terminalidade (André, 2024; Borba et al., 2022; Marques et al., 2024; Melo et al., 2022; Milani & Milani, 2022; Nascimento & Santos, 2023; Pozzada et al., 2022; Reis et al., 2023; Souza et al., 2024; Vilas Boas & Guimarães, 2024).

A prática dos Cuidados Paliativos considera a pessoa enferma de forma integral. Os cuidados são voltados para os sintomas com causas físicas, psíquicas, sociais e espirituais, destacando-se ainda que a ação da equipe de saúde também deve se estender aos familiares do paciente, que são atingidos pelo sofrimento causado pela doença e terminalidade da vida do parente. Nesse sentido, esta prática deve ser desenvolvida por uma equipe multiprofissional, pois um só profissional da saúde não poderia controlar e aliviar todos os sintomas presentes na situação de doença extensa e terminal.

Os Cuidados Paliativos se originaram na década de 1960, na Inglaterra, e Cicely Saunders (1918-2005) foi a principal responsável por difundí-los. Ela era enfermeira, assistente social e médica e, em sua atuação, dedicou-se aos cuidados com os pacientes que vivenciavam o fim de suas vidas. O pioneirismo dessa profissional possibilitou uma importante mudança na área da saúde no que se refere aos cuidados das pessoas que estão morrendo (Clark, 2005).

Elizabeth Kübler-Ross (1926-2004) também muito contribuiu com esta prática, em especial no cuidado com o luto. Atuando nos Estados Unidos em psiquiatria, igualmente na década de 1960, desenvolveu uma prática inovadora de realizar a escuta dos pacientes que estavam morrendo e assim colaborou com a área da saúde, ao compreender o processo de luto vivenciado por eles (Kovács, 2003b; Kübler-Ross, 1969/2008). Nesse sentido, pode-se depreender que o olhar voltado para o luto deve estar presente desde o diagnóstico, uma vez que, ao receber a notícia de uma doença grave, o próprio paciente já começa a vivenciar o luto antecipatório, assim como os seus familiares.

De acordo com Franco (2012, p. 15), o luto “é dito antecipatório porque ocorre anteriormente ao marco objetivo da data da morte, mas não é menos importante por se dar nessas condições”. Freud (1916/2006c) também discorre sobre a antecipação do luto, porém sem contextualizá-lo nesse processo de adoecimento e morte anunciada. Lindemann (1944) utilizou o termo luto antecipatório pela primeira vez ao observar que os familiares de soldados que foram para a guerra já apresentavam expressões de luto, sem ter recebido a notícia de morte do ente querido, compreendendo que o processo de luto se iniciou com a possibilidade de esta acontecer.

Ao aplicar Cuidados Paliativos a equipe de saúde está o tempo todo lidando com o luto antecipatório, tanto do paciente quanto de seus familiares. Em relação à família, o cuidado com essa antecipação do luto é essencial, pois a prepara para a vivência do luto após a morte do parente. Fonseca (2012) assinala que se os familiares reconhecem a morte iminente da pessoa enferma, eles têm a possibilidade de se reorganizar e desenvolver recursos que ajudam no enfrentamento do que estão vivendo e da perda que está por vir.

De acordo com Freud (1917/2006d, p. 249), o luto “[...] é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante”. Contudo, o processo de luto não é algo patológico, apesar de apresentar importantes diferenças em relação

à dita normalidade (Freud, 1917/2006d). Por isso, Genezini (2012) destaca que os profissionais que irão exercer o cuidado com o luto devem conhecer as possíveis reações provenientes dos enlutados, em função de que esse processo causa mudanças no comportamento de quem perdeu um parente, pois intervenções inadequadas podem ser prejudiciais e difíceis. Nesse sentido, é importante destacar que a equipe de saúde deve compreender que as reações diante da perda de um ente querido são muito singulares e necessitam ser externalizadas, visto que o luto se elabora à medida que é vivenciado.

MÉTODO

Pautamo-nos nos pressupostos da pesquisa qualitativa, buscando compreender pontos subjetivos na dinâmica das relações humanas (Silveira & Córdova, 2009), no contexto investigado. Para a coleta de dados utilizamos a entrevista semiestruturada, que se caracteriza por apresentar perguntas predefinidas e a possibilidade de realizar novas perguntas, caso seja necessário esclarecer questões que surjam no momento da conversa, o entrevistado fuja do tema ou demonstre dificuldade para responder sobre o assunto (Boni & Quaresma, 2005). Com a anuência dos participantes, as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

O roteiro da entrevista semiestruturada contou com quatro perguntas disparadoras, conforme segue, que funcionaram como gatilhos para as falas dos entrevistados.

1. Nesse momento da nossa conversa, pensando sobre a morte, o que lhe vem à mente?
2. Em seu ambiente de trabalho, como é para você lidar com questões relacionadas ao risco de morte e à morte propriamente?
3. Como é trabalhar com pacientes que vivenciam a condição de fim de vida?
4. Como é enfrentar essas vivências, relacionadas ao fim de vida, no contexto dos cuidados paliativos?

A amostra desta pesquisa foi composta pelos profissionais que faziam parte da equipe de saúde interdisciplinar responsável pelos Cuidados

Paliativos de um hospital privado da cidade de Maringá-PR. Optamos por realizar uma pesquisa com amostra por conveniência (Freitag, 2018), bem como não determinamos previamente o número de profissionais a serem entrevistados, em função de que, uma vez convidados a participar da pesquisa, poderiam não aceitar. De acordo com Gil (1987), a amostragem por conveniência ou acessibilidade

constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso mesmo é destituída de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Aplica-se este tipo de amostragem em estudos exploratórios ou qualitativos, onde não é requerido elevado nível de precisão. (Gil, 1987, p. 94)

Desse modo, entrevistamos oito profissionais da equipe de saúde interdisciplinar que aceitaram participar da pesquisa. A instituição escolhida foi aquela em que a primeira autora atuou como psicóloga hospitalar por sete anos, tendo isto facilitado o processo de aculturação, conforme os pressupostos da pesquisa qualitativa. Dos participantes, sete eram do sexo feminino e um do sexo masculino, compreendendo diversas profissões, conforme descrito no Quadro 1. Todos foram selecionados de acordo com a disponibilidade e pelo critério de que se tratava da equipe que fazia o contato com o paciente em Cuidados Paliativos nesse hospital. É importante esclarecer que esses profissionais não compõem uma equipe específica de Cuidados Paliativos, mas tal prática é realizada por meio do trabalho deles.

A fim de preservar a identidade dos entrevistados, adotamos nomes fictícios e não os identificamos de acordo com sua profissão. Caracterizando a amostra, o quadro abaixo traz algumas informações a respeito dos participantes.

Quadro 1

Dados da amostra

Nome fictício	Idade	Sexo	Tempo de formação (anos)	Tempo de atuação no hospital (anos)
Carla	31	Feminino	9	9
Carmen	39	Feminino	9	8
Edeuza	27	Feminino	5	4
Eunice	33	Feminino	11	11
João	40	Masculino	15	11
Leonor	31	Feminino	8	3
Luzia	42	Feminino	5	5
Maria	29	Feminino	6	5

Com relação ao tratamento dos dados, utilizamos o procedimento de Análise de Conteúdo, conforme proposto por Moraes (1999), por possibilitar o conhecimento de aspectos e/ou fenômenos do âmbito social, cujo acesso não seria possível por outros meios, bem como oferecer um suporte para a captação dos aspectos simbólicos, visto que nem sempre eles são manifestos. Embora tenha se embasado em autores clássicos e reconhecido a existência de diferentes descrições acerca desse procedimento, Moraes (1999) descreve o processo de Análise de Conteúdo conforme ele a concebe, centrando-se no enfoque qualitativo. Partindo desse pressuposto, a análise das entrevistas possibilitou que determinados conteúdos fossem agrupados em categorias, com base nas quais procedemos a interpretação dos dados, tendo como suporte a teoria psicanalítica.

Quanto aos aspectos éticos envolvidos, além da preocupação com o sigilo, a presente pesquisa teve o seu projeto aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, CAAE: 03613618.3.0000.0104, Parecer nº 4.268.964, quanto pela direção e pelo Comitê de Ética da instituição escolhida. Todos os profissionais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram obtidos do procedimento de análise de conteúdo, em que foi possível detectar aspectos em comum nas falas dos profissionais de saúde participantes, e resultou em três categorias de análise que serão apresentadas a seguir.

A morte do outro no contexto profissional: uma forma de defesa contra o sofrimento

Quando convidados a pensar e falar sobre a morte, de imediato alguns profissionais citaram os sentimentos. No entanto, logo mudaram o rumo do discurso e passaram a falar sobre a morte em seu ambiente de trabalho. Inferimos que isso aconteceu porque foram convidados a conceder uma entrevista relacionada à atuação profissional. Contudo, pensamos também em uma tentativa de se evadirem de algum incômodo gerado pela pergunta, pois, de início, houve acesso aos sentimentos relacionados à morte; mas, na continuidade, voltaram-se à prática no ambiente de trabalho, como uma forma de não entrar em contato com algum nível de desconforto. É possível perceber esse movimento nos trechos a seguir: *“Difícil, né? [...] enquanto profissional, aqui pra mim, é assim [...] não vou dizer que é tranquilo, mas acaba sendo uma coisa rotineira [...]”* (Carmen). *“Dor, tristeza, sensação de impotência, incapacidade. Claro que falando assim da minha profissão em relação à morte, né”* (João).

Analisando as colocações, tivemos a impressão de que foi mais fácil falar sobre a morte sob uma posição profissional, fato que Freud (1915/2006b) já havia indicado, como uma ação de recursos psíquicos que objetivam o afastamento dos sentimentos relacionados ao sofrimento, uma vez que só é possível pensar e falar sobre a morte quando esta acontece no outro, que no caso de nossos entrevistados se faz presente em forma de paciente. Poder se direcionar para a morte do outro, deixando para trás a reflexão em relação a si mesmo, é um posicionamento que parece expressar distanciamento em relação à própria morte (Freud, 1913/2006a), talvez pela impossibilidade da sua representação em nosso inconsciente (Freud,

1915/2006b). Entretanto, por vezes no discurso dos profissionais se entendeu um certo reconhecimento de que possam ser mobilizados também por aquilo que atinge o outro, por exemplo, ao dizer que a morte *“[...] existe para nós também em cada paciente”* (Eunice), ou ainda, que *“[...] elas [pacientes] lidam com esse risco todos os dias e nós lidamos com a morte todos os dias”* (Luzia).

Embora conste nos relatos a afirmação de que a equipe lida com a morte a todo instante, é a morte do outro, do paciente. Certamente isto está intrinsecamente ligado ao fato de que os profissionais ocupam um lugar diferente daqueles dos que são cuidados, os pacientes. Contudo, supomos que o uso dessa prerrogativa possa fazer com que sejam afastados, ou diminuídos, os sofrimentos suscitados nos membros da equipe diante da intensidade de tais vivências. No entanto, apesar das possíveis defesas psíquicas desenvolvidas, em alguns momentos a equipe se permite perceber que é atingida pelo sofrimento. Nesse sentido, a fala de João evidencia o quanto a morte dos pacientes lhe remete sentimentos ruins, em função da empatia que desenvolve com os familiares, percebendo o óbito como um resultado negativo do trabalho exercido por ele:

Dor, tristeza, sensação de impotência, incapacidade [...] Claro que a gente tem empatia de ver o familiar, de saber o que ele deve estar sentindo. Mas pra nós como profissionais é tudo isso que eu falei. Então é frustração saber que você tá fazendo um trabalho também que resultou na morte (João).

Maria também expressa essa vivência e afirma sofrer junto à família: *“Acho que a gente sente uma angústia [...] a gente sofre junto com a família, querendo ou não”*. Essa última parte da frase demonstra que não há outra opção, pressupondo que o profissional sempre será tomado, de algum modo, pelo sofrimento. Eunice também afirma que sofre, ao realizar esse trabalho em que a morte se faz presente. No entanto, relata que aprendeu a lidar com essa situação: *“[...] ela é presente na minha vida todos os dias [...] eu também sofro, eu só acho que eu aprendi a lidar um pouco melhor com ela”*. Esse aprendizado de Eunice nos fez pensar no quanto

os profissionais necessitam desenvolver estratégias psíquicas que amenizem o que neles é mobilizado, pois, para ser possível a dedicação ao trabalho e dar continuidade a ele, observamos que a equipe tenta evitar de algum modo o contato com os sentimentos tidos como ruins; se não totalmente, pelo menos em parte, atenuando o impacto dessas vivências.

O interdito: não se fala sobre a morte

Considerando a categoria anterior, supomos haver algum grau de dificuldade dos profissionais em refletir sobre a morte, sendo até possível quando relacionado à atuação profissional e como um fenômeno presente somente nos pacientes, mas não propriamente ao que lhes é mobilizado subjetivamente. Isso nos fez pensar na morte interdita como uma característica do nosso tempo (Ariès, 1977/2006; Kovács, 2014) e que tal interdição parece favorecer a conspiração do silêncio, quando os familiares optam por não conversar com o doente sobre sua condição, assim como a alienação em relação à possibilidade de óbito, pois desse modo evita-se falar sobre a morte na presença da pessoa que vivencia a sua proximidade (Freud, 1915/2006b).

Leonor traz essa questão como uma dificuldade em sua prática, relatando que *“É bastante difícil lidar com as famílias que não aceitam a morte [...] e aí não dá espaço pra gente trabalhar com esse luto e com a possibilidade de morte”*. Segundo ela, esse comportamento dos familiares prejudica o diálogo sobre o assunto com o paciente e, por consequência, também traz prejuízos na condução de seu trabalho, pois ela não encontra espaço para atuar no cuidado com o luto antecipatório.

Além da resistência da família, os discursos de João e Carla indicam a dificuldade dos profissionais de saúde de dialogar sobre a morte com o doente, o que também contribui para a conspiração do silêncio e a ignorância do paciente sobre sua própria condição. Segundo João, *“[...] chegar e falar pra ele que, né: ‘você tem uma condição que pode te levar à morte’[...] Então é um pouco difícil lidar com essa situação, sim”*. Carla, por sua vez, aponta o seu sentimento de frustração e impotência quando lida com esse tipo de situação: *“É um pouco frustrante,*

porque eu não sei até que ponto o paciente sabe [...] é mais frustrante ainda quando eu vejo que a família não sabe nada [...] porque eles [equipe] não explicaram [...]”.

Parece-nos que essa interdição quanto ao falar sobre a morte prejudica a prática dos Cuidados Paliativos, pois, de acordo com a percepção de João, alguns médicos não seguem a conduta recomendada, provavelmente por se sentirem muito mobilizados. Segundo ele, isso ocorre *“Porque têm medo. E medo em diversos sentidos, medo de processo e questões jurídicas, medo [...] por não terem conhecimento de Cuidados Paliativos principalmente, e isso traz insegurança e medo”*.

Em contrapartida, Luzia trouxe uma situação vivenciada por ela, em que foi possível o diálogo sobre a morte com a paciente, apesar de ter sido trabalhoso: *“Ela não aceitava a condição de que a morte estava perto dela [...] mas graças a Deus [...] pude ir conversando com ela e explicando a importância de ela ir descansando nos braços do Pai”*. Trata-se de um diálogo pautado na espiritualidade, ligação importante à prática em saúde, respeitando o desejo do paciente, porque pode auxiliar no enfrentamento da iminência da morte, evitando a conspiração do silêncio e o alheamento do doente em relação à sua própria finitude. No entanto, compreendemos que dialogar sobre o assunto sob o ponto de vista espiritual ainda exige a manutenção do interdito, pois nesse contexto o fenômeno da morte é descrito de forma tênue, como um descanso amparado por um ser superior.

Outro ponto é o fato de que a dificuldade em aceitar a morte e falar sobre ela relaciona-se com fatores culturais e sociais, como comenta Eunice: *“Eu acho que é um contexto bem geral [...] desde uma coisa cultural, latino-americana, que a gente não é [...] não é preparado.”* Além disso, pode-se somar a ausência de habilidades de comunicação em saúde, o que contribui para a permanência da cultura do não dito, interferindo no processo dos Cuidados Paliativos. Tais dificuldades podem ser vivenciadas tanto por familiares como pelos profissionais de saúde.

Uma nova prática: outro olhar para a morte

Sabemos que a prática dos Cuidados Paliativos ainda é muito recente no Brasil e, por isso, nem todos os profissionais do ambiente hospitalar estudaram sobre o assunto, sendo poucos aqueles que têm formação específica nessa área. Nos relatos das entrevistas foi possível detectar o quanto essa abordagem ainda é pouco conhecida, sendo comentado por Eunice, João e Edeuza que, durante os seus cursos de graduação, não ouviram falar sobre os Cuidados Paliativos, assim como no entendimento de Leonor, de que a maioria dos profissionais ainda não compreende essa prática: “[...] talvez falta na formação deles [...]”.

Os discursos de Maria e de Carla destacam que nem sempre toda a equipe interdisciplinar é envolvida na realização dos Cuidados Paliativos. Maria afirma que nem sempre é solicitada para acompanhar um paciente e não sabe explicar o motivo disso. Carla comenta que a prática dos Cuidados Paliativos não é uma rotina e que, frequentemente, não está registrado em prontuário que se trata de um paciente sob esses cuidados, o que gera desconforto para ela, pois já constatou que um paciente em Cuidados Paliativos foi encaminhado para a UTI e recebeu tratamento invasivo.

Eunice também discorre sobre o despreparo dos profissionais em relação aos Cuidados Paliativos: *“Que todos pudessem ter morte com alguém fazendo cuidado paliativo junto [...] mas nós não estamos preparados, os profissionais não estão preparados, a gente começou agora, há pouco tempo a se preparar pra isso”*. É possível inferir que os profissionais têm consciência de que essa prática ainda não está consolidada em nosso país e consideram fundamental o incentivo ao estudo e à pesquisa em Cuidados Paliativos, pois assim poderiam se formar equipes especializadas para que a população brasileira usufrua do direito de morrer com dignidade.

Vale ainda destacar a transformação no modo com que os profissionais lidam com a morte, com base em seus relatos. A mudança parece se processar após algum tempo exercendo a profissão no ambiente hospitalar. Tal fato se evidencia em seus discursos ao relatarem que, no início do trabalho, assumiam uma

postura diferente em relação à morte. Porém, com o passar do tempo, essa postura sofreu modificações. Maria se posiciona assim: *“[...] quando eu comecei a trabalhar aqui era mais difícil, vou ser bem sincera, era mais difícil sim [...] antes era pior, hoje já sei lidar mais”*. Também encontramos um posicionamento similar em Carla: *“No começo da profissão era muito mais difícil. Muito, porque eu não tinha vivência [...] tanta vivência na profissão, não tinha experiência”*. Do mesmo modo, Eunice também se manifestou sobre a transformação em seu modo de trabalhar com a morte, que foi se modificando com o passar do tempo, vindo a compreender que o morrer pode acontecer de modo mais razoável: *“Ela mudou assim [...] ao longo desse período de transformação tanto profissional quanto pessoal [...] eu acho que a morte pode ser melhor. É isso que eu acho.”*

Analisando os discursos supracitados, observamos que a mudança de postura em relação à morte, com o passar do tempo exercendo a profissão, ocorre porque os profissionais provavelmente desenvolveram recursos para lidar com a angústia suscitada nesse contexto de perda. Isso torna possível conjecturar que tais recursos sejam acionados, à medida que os sentimentos que geram sofrimento por vezes passam a ser de algum modo ignorados, o que possibilita maior enfoque para a sensação de alívio e naturalização do processo de morrer, encarando-se a morte como um fenômeno que pode acontecer de uma forma mais digna. Também é possível ponderar que o conhecimento que emerge da experiência diária contribua para o enfrentamento do que antes era desconhecido, mas que, gradativamente, convoca o profissional a aceitar o desafio cotidiano nesse contexto de trabalho, trazendo-lhe mais segurança e amparo, quando tocado pela veracidade da morte.

Quanto à morte no contexto dos Cuidados Paliativos, João se posiciona assim:

A gente fica com a consciência mais tranquila, em saber que [...] que tudo que a gente tá fazendo ali vai trazer mais conforto do que sofrimento pro paciente[...]. parece que fica tudo um pouco mais tranquilo, que você tem a sensação de que tá ajudando o paciente. Então, pra mim é [...] é confortável isso também.

Do mesmo modo, Carla também percebe que o lidar com a morte no contexto dos Cuidados Paliativos pode não ser tão *assustador*: “*Eu presenciei, acho que uma ou duas vezes, mas é mais calmo, eu digo a morte*”. Luzia, por sua vez, afirma que se sente privilegiada em realizar esse trabalho: “*Então foi uma experiência bem interessante [...]. Eu assim, me sinto extremamente privilegiada de poder fazer parte dessa experiência*”.

Considerando o que apresentamos, evidencia-se que, quando o profissional tem a compreensão do que são os Cuidados Paliativos e não se centra no objetivo de prolongar a vida a qualquer custo, essa prática lhe confere bons sentimentos e sensações, assim como o peso da morte e sua interdição não são tão insuportáveis, tornando aceitável lidar com a situação e proporcionando dignidade ao paciente que está morrendo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lidar com a morte no dia a dia faz com que os profissionais vivenciem sentimentos e emoções permeados de ambiguidades, que podem tanto contribuir para a prática dos Cuidados Paliativos, bem como trazer alguns prejuízos a ela. Compreendemos a morte interdita como o principal fator, detectado por nós, que pode acarretar prejuízos para a prática dos Cuidados Paliativos e corrobora com os apontamentos de Ariès (1977/2017) à medida que a morte é encarada como um tabu, como algo sobre o qual não se fala, não se verbaliza, uma vez que não costuma ser compreendida como parte natural do desenvolvimento humano. Com a predominância dessa concepção da morte interdita, podemos deduzir que muitas pessoas, ao vivenciarem a terminalidade, não são ouvidas pela equipe de saúde em suas necessidades que vão além do biológico. Consequentemente, elas são isoladas e impedidas de expressar seus desejos, sua espiritualidade, seus sentimentos e suas pendências, aspectos tão importantes quanto os sintomas físicos.

A interdição da morte caminha ao lado da conspiração do silêncio e, diante disso, pensamos que ambos devem ser evitados, cabendo a toda a equipe orientar os familiares para que conversem

francamente com o doente sobre a sua real condição. Nesse sentido, enfatizamos o papel da psicologia, pois um dos objetivos da prática do psicólogo é auxiliar o paciente e seus familiares a falarem abertamente sobre a doença, a morte e o luto para que o sofrimento seja legitimado e posteriormente elaborado (Milani & Milani, 2022; Nunes, 2012).

Sabemos que a morte interdita é uma característica dos séculos XX e XXI e, por esse motivo, ainda se faz presente no ambiente hospitalar. Ela provém da dificuldade, enraizada em nossa cultura, de lidar e aceitar a finitude. No entanto, diante da condição de que a interdição da morte fere a dignidade de quem enfrenta o fim da vida, pontuamos que a equipe de saúde necessita de maior conhecimento acerca da reumanização da morte, pois assim poderá realizar um trabalho de acolhimento e de amparo ao paciente e aos seus familiares, que os auxilie a perceber esse momento com mais naturalidade e permeado de dignidade. Compreendemos que desmistificar tais questões é fundamental para que a morte deixe de ser um tabu e o doente e seus familiares possam usufruir dos benefícios que os Cuidados Paliativos proporcionam, como a possibilidade de o doente viver, com os sintomas controlados e cuidados, até o seu último momento.

Além da morte interdita, detectamos que o profissional também se sente atingido diante do sofrimento do paciente e seus familiares. Quando convidado a refletir sobre essa questão, consegue perceber o seu sofrimento e expressa sentimentos como frustração, raiva, medo, tristeza. No entanto, percebemos que, no dia a dia, por vezes, os membros da equipe interdisciplinar utilizam-se de estratégias de trabalho defensivas que tamponam tais sentimentos e emoções para que assim consigam cuidar das pessoas que estão morrendo. Uma dessas estratégias é perceber a morte como um fenômeno que acontece sempre nas outras pessoas; e a morte do outro descrita por Ariès (1977/2017) se faz presente juntamente com o alheamento em relação à morte apresentado por Freud (1915/2006b). Percebemos que ao direcionar a morte para o outro, o profissional evita entrar em contato com a sua própria condição de finitude e o que isto lhe mobiliza, criando condições para conseguir desempenhar a sua prática.

Como já vimos, as estratégias defensivas são importantes para o desenvolvimento do trabalho no ambiente hospitalar. Contudo, quando a existência do sofrimento não é percebida, este não pode ser elaborado, o que pode prejudicar a saúde mental do profissional. É perceptível que não se encontra nesse ambiente espaço para a reflexão e a externalização dessas experiências emocionais. Observamos que os profissionais também vivenciam o luto antecipatório. No entanto, nesse contexto é um luto não reconhecido. Diante disso, refletimos sobre algumas formas de favorecer a resolução dessa problemática, como apoio psicológico aos profissionais e atividades como a roda de conversa, a fim de desenvolver um espaço para o diálogo sobre emoções e sentimentos, para que esses sejam reconhecidos e por fim elaborados. Além disso, tal fato poderá contribuir para a percepção da morte como parte natural do desenvolvimento humano e, inclusive, para o aprimoramento do cuidado com o paciente e seus familiares, uma vez que, conforme expõe Arantes (2016), quem cuida também precisa ser cuidado.

Entendemos que se o profissional está bem amparado psicologicamente, ou seja, se suas fragilidades humanas são cuidadas, tem mais condição de falar sobre a morte e desmistificar o tabu presente na sociedade. Compreendemos que esta pode ser uma das formas para o profissional conseguir auxiliar os familiares dos pacientes a evitar a conspiração do silêncio e dar ao paciente a autonomia que lhe conferirá dignidade no fim da vida. Para isso, é fundamental que a equipe de saúde esteja muito bem treinada a praticar a comunicação, em especial para dar notícias difíceis. Nesse sentido, propomos que as instituições hospitalares e de saúde em geral proporcionem à equipe treinamentos e oportunidades de estudo sobre esse assunto, uma vez que a comunicação é uma técnica e habilidade em saúde, podendo prevenir muitos problemas e auxiliar o paciente e os familiares no enfrentamento da evolução da doença.

Também foi possível perceber que, com o passar do tempo, a experiência profissional de cuidado com a morte do outro possibilita aos membros da equipe interdisciplinar lançar um novo olhar para a finitude. Provavelmente em função dos

seus inúmeros esforços em lidar com as situações cotidianas que geram angústia, os profissionais encontram em sua prática uma nova forma de ver a morte, tornando-a parte natural de sua rotina laboral.

Observamos que quando o profissional tem conhecimento sobre a prática e os princípios dos Cuidados Paliativos, a morte já não desperta níveis insuportáveis de angústia, pois assim é possível compreender que, com os cuidados adequados, o processo de morrer pode ser mais razoável. Esse entendimento proporciona à equipe de saúde bons sentimentos e emoções, com a percepção de que o objetivo de uma morte humanizada e digna foi alcançado.

Enfim, concluímos que podemos traçar dois caminhos que contribuam para a melhora da qualidade de vida do doente terminal que está morrendo no Brasil. O primeiro caminho é o acolhimento das angústias dos profissionais de saúde, a fim de auxiliá-los na elaboração de suas questões inconscientes e conscientes, que dificultam a aceitação da finitude. Isto, por sua vez, contribuiria na compreensão de que a morte é um processo natural do desenvolvimento humano e, portanto, ela pode acontecer com mais serenidade e cuidados adequados, sem a necessidade de ser evitada a qualquer custo. Ressaltamos que esse acolhimento pode ser realizado pelos próprios membros da equipe, por meio de atividades que proporcionem espaço para o diálogo e legitimação do sofrimento, principalmente por um profissional da área da saúde mental. Portanto, pontuamos que a Psicologia Hospitalar tem papel de destaque nesta questão. O segundo caminho que propomos ser seguido é a pesquisa científica e a educação continuada no que se refere à prática dos Cuidados Paliativos, pois assim os profissionais podem atuar com mais segurança e convicção de que estão realizando um trabalho humanizado que contribui para a dignidade humana, tendo como consequência o sentimento de que sua prática profissional faz sentido para sua vida e para as demais.

REFERÊNCIAS

- Alves, R. S. F. & Oliveira, F. F. B. (2022). Cuidados paliativos para profissionais de saúde: Avanços e dificuldades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, e238471, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238471>.
- André, C. A. C. (2024). *Percepção, atitudes perante a morte e sentido de vida em estudantes e profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos pediátricos*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário Egas Moniz, Caparica, Portugal. Recuperado em 17 de junho de 2025, de https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/53465?locale=pt_PT
- Arantes, A. C. Q. (2016). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Casa da Palavra.
- Ariès, P. (2017). A história da morte no ocidente: Da idade média aos nossos dias. (P. V. de Siqueira, Trad.). F. Alves (Trabalho original publicado em 1977).
- Batista, G.; Galvão, A. & Gomes, M. J. (2024). Literacia em competências humanísticas no contexto de cuidados paliativos: Revisão integrativa. *RIAGE*, 6, pp.411–417. <https://doi.org/10.61415/riage.258>
- Boni, V. & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Em Tese*, 2(1), pp. 68-80. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>
- Borba, F. L.; Silva, K. G. S.; Coelho, I. S. F.; Soares, N. C. F. B.; Loureiro, M. A. B.; Coêlho, L. P. I.; Silva, W. A.; Ferreira, R. N.; Barros, R. B.; Chagas, A. F.; Rocha, R. M. F.; Torres, K. B. H.; Pereira, R. G.; Morais, G. S.; Sousa, M. P. S.; Santos, M. E. L. C.; Machado, W. M.; Santos, F. A. V. & Costa, A. C. M. (2022). Morte e morrer: compreensão, aceitação e entraves da equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(40), e–021318. <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.40-art.1400>
- Braz, M. S. & Franco, M. H. P. (2017). Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), pp. 90-105. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>
- Clark, D. (2005). Fareword. In C. Saunders. *Whatch with me: inspiration for a life in hospice care*. (pp. 7-12). Lancaster University.
- Costa, R. L. A.; Eloy, A. V. A.; Santos, L. D. S.; Pedro, D. M. A.; Silva, F. M. D.; Souza, W. A.; Perdigão, K. F. A. & Freire, W. T. (2023). Cuidados paliativos: Estratégias e manejo no ambiente hospitalar. In F. L. Santos (Ed.). *Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde* (Vol. 16, pp. 64-72). Periodicojs Editora. <https://doi.org/10.51249/easn16.2023.1399>
- Duarte, C.; Leão, D. & Duarte, G. (2024). Representações sociais da morte. In: C. Duarte & F. Serra (Coords.). *Cuidados paliativos: Comunidade de prática em cuidados paliativos do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa* (pp. 71-80). Edições ISCSP. Recuperado em 17 de junho de 2025, de https://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/2024/ebook_cuidados_paliativos.pdf
- Duarte, C. & Serra, F. (2024). Comunidade de prática em cuidados paliativos: estudo de caso. In: C. Duarte & F. Serra (Coords.). *Cuidados paliativos: Comunidade de prática em cuidados paliativos do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa* (pp. 15-21). Edições ISCSP. Recuperado em 17 de junho de 2025, de https://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/2024/ebook_cuidados_paliativos.pdf
- Fitaroni, J. B.; Bousfield, A. B. S. & Silva, J. P. (2021). Morte nos cuidados paliativos: Representações sociais de uma equipe multidisciplinar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, e209676, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003209676>
- Franco, M. H. P. (2012). Prefácio. In: J. P. Fonseca. *Luto antecipatório: As experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. (pp. 13-15). PoloBooks.
- Freitag, R. M. Ko. (2018). Amostras sociolinguísticas: Probabilísticas ou por conveniência? *Revista de Estudos da Linguagem*, 26(2), 667–686. <https://doi.org/10.17851/2237-2083.26.2.667-686>
- Freud, S. (2006a). Totem e tabu. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad.; Vol. 13, pp. 21-162). Imago (Trabalho original publicado em 1913).

- Freud, S. (2006b). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad.; Vol. 14, pp. 285-309). Imago (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2006c). Sobre a transitoriedade. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad.; Vol. 14, pp. 313-319). Imago (Trabalho original publicado em 1916).
- Freud, S. (2006d). Luto e melancolia. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad.; Vol. 17, pp. 243-263). Imago (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2006d). O futuro de uma ilusão. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.; Vol. 21, pp. 15-63). Imago (Trabalho original publicada em 1927).
- Fonseca, J. P. (2012). *Luto antecipatório: As experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. São Paulo, SP: PoloBooks.
- Genezini, D. (2012) Assistência ao luto. In R. T. Carvalho & H. A. Parsons. (Org.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. (pp. 569-582). (2ªed.). Diographic.
- Gil, A. C. (1987). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas.
- Guzinski, C.; Galvão, L. Q.; Luz, L. L.; Boni, F. G. & Cezar V. S. (2024). Desafios familiares na aceitação da terminalidade de um idoso com câncer metastático em cuidados paliativos. In: J. A. Aragão; F. A. Almeida & Dal Molin, R. S. (Orgs.). *Envelhecimento humano: Diferentes nuances e estágios*. (Vol. 2, pp. 61-72). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/241118128>
- Kovács, M. J. (1992). Atitudes diante da morte visão histórica social e cultural. In: M. J. Kovács. (Org.). *Morte e desenvolvimento humano*. (pp. 28-47). Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003a). *Educação para a morte: temas e reflexões*. Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003b). Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, 14(2), 115-167. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf>
- Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, 22(1), 94-104. Recuperado em 17 de junho de 2025, de [scielo.br/j/bioet/a/QmChHDv9zRZ7CGwncn4SV9j/?format=pdf](https://www.scielo.br/j/bioet/a/QmChHDv9zRZ7CGwncn4SV9j/?format=pdf)
- Kubler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer*. (9ªed.). (P. Menezes, Trad.). WFM Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969).
- Leão, D.; Duarte, C. & Napiarala, C. (2024). Literacia emocional e espiritual em cuidados paliativos. In: C. Duarte & F. Serra (Coord.). *Cuidados paliativos: Comunidade de prática em cuidados paliativos do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa* (pp. 41-52). Edições ISCSP. Recuperado em 17 de junho de 2025, de https://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/2024/ebook_cuidados_paliativos.pdf
- Lima, C. M. N. & Costa, L. N. R. (2023). O psicólogo no enfrentamento do sofrimento dos profissionais no âmbito dos cuidados paliativos ante a angústia da morte dos pacientes. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE*, 9(3), 453-466. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i3.8817>
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Marques, R. S.; Blumentritt, J. B. & Cordeiro, F. R. (2024). Estratégias de autoajuda para pacientes em cuidados paliativos e seus familiares: Revisão integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 13(1), :e3640. <https://doi.org/10.22235/ech.v13i1.3640>
- Melo, R. C. M.; Silva, A. G. & Javorski, A. (2022). Estratégias do luto em cuidados paliativos. *RAF Revista Acadêmica*, 3(1), 96-108. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://raf.emnuvens.com.br/raf/article/view/63>
- Menezes, R. A. & Barbosa, P. C. (2013). A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para

adultos e crianças. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2653-2662. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900020>

Milani, L. B. & Milani, I. C. B. (2022). O papel do psicólogo nos cuidados paliativos no Brasil. In: F. A. Almeida. (Org.). *Cuidados paliativos: Práticas, teorias e análises* (Vol. 2, pp. 37-48). <https://doi.org/10.37885/220408749>

Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação* 22(37), 7-32.

Nascimento, Y. F. & Santos, A. P. S. (2023). Uma reflexão filosófica sobre cuidados paliativos e a aceitação da morte. *Revista Remecs: Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 2(2):56. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/1222>

Nunes, L. V. (2012). O papel do psicólogo na equipe. In R.T. Carvalho & H.A. Parsons (Org.). *Manual de cuidados paliativos ANCP* (pp. 337-340). (2ªed.). Diagraphic.

OMS — World Health Organization (s. d.). *WHO Palliative care* [acesso 2025]. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

OMS — World Health Organization (2023). *WHO Definition of palliative care*. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>

Pozzada, J. P.; Santos, M. A. & Santos, D. B. (2022). Sentidos produzidos por psicólogos que trabalham com cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o cuidar em cenários de morte e morrer. *Interface*, 26: e210581. <https://doi.org/10.1590/interface.210581>

Reis, C. G. C.; Moré, C. L. O. O. & Menezes, M. (2023). O luto antecipatório e as estratégias de enfrentamento de familiares nos cuidados paliativos. *Psico*, 54(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2023.1.39961>

Ribeirinho, C.; Duarte, G.; Alves, T. & Alves, S. (2024). Narrativas de quem cuida. In: C. Duarte & F. Serra (Coord.). *Cuidados paliativos: Comunidade de prática em cuidados paliativos*

do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa (pp. 53-70). Edições ISCSP. Recuperado em 17 de junho de 2025, de https://capp.iscsp.ulisboa.pt/images/2024/ebook_cuidados_paliativos.pdf

Sassani, L. M. & Sanches, D. (2022). Contribuições do profissional de psicologia para o paciente em cuidados paliativos. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 26(3), 705-724.

Silveira, D. T. & Córdova, F. P. (2009). A pesquisa Científica. In: T.E. Gerhardt & D.T. Silveira. (Org.). *Universidade aberta do Brasil – UAB/ UFRGS* (pp. 31-42). Editora da UFRGS.

Souza, B. F.; Souza, S. B. S. & Ferreira, L. S. (2024). Atribuições da equipe multiprofissional nos cuidados paliativos de pacientes adultos em estágio terminal. *Revista Liberum Accessum*, 16(2), 201-212. Recuperado em 17 de junho de 2025, de <http://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/309>

Vilas Boas, A. D. O. & Guimarães, A. C. B. (2024). Sentido da vida e o paciente terminal em cuidados paliativos. *Revista SynThesis*, 13(1), 49-66. <https://doi.org/10.63054/2177-823X.2024.693>

Estresse Ocupacional e Coping em Policiais Militares da Linha de Frente no Combate ao Terrorismo

Faria Alberto Catole¹ , Carlos Luís Aristides² , Gildo Aliante³  e Mussa Abacar⁴ 

Companhia Cerimonial de Nampula, Cidade de Nampula, Nampula, Moçambique; Escola Básica de Namutequeliua, Cidade de Nampula, Nampula, Moçambique; Universidade Save, Massinga, Inhambane, Moçambique e Universidade Rovuma, Cidade de Nampula, Nampula, Moçambique

Resumo: Nesta pesquisa, investigou-se o estresse ocupacional e o coping em policiais militares da linha de frente no combate ao terrorismo na região Norte de Moçambique. Foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturada a 10 profissionais. Os resultados obtidos pela análise de conteúdo apontaram os seguintes estressores ocupacionais: punições e humilhações pelos chefes, medo de perder a vida em combate, dificuldades de conciliação entre trabalho e família, cumprimento de ordens superiores autoritárias, injustiças no desenvolvimento de carreira e problemas de pagamento de subsídios. Quanto às consequências do estresse, destacaram-se as de natureza física e psicológica. Somam-se o absentismo no trabalho, o consumo de álcool, a sabotagem das atividades e as más relações interpessoais. Para lidar com o estresse ocupacional, os participantes afirmaram que recorriam majoritariamente às estratégias de coping focadas na emoção. Como ações de prevenção e combate ao estresse ocupacional, os policiais investigados propõem a revitalização das campanhas de educação cívico-patriótica, a melhoria das condições de trabalho e a provisão de serviços de apoio psicológico. *Pesquisas futuras* podem investigar a sintomatologia do estresse ocupacional, estresse pós-traumático e fatores associados nos policiais, especialmente os da linha da frente de combate ao terrorismo em Moçambique.

Palavras-chave: condições de trabalho, estresse, saúde ocupacional, sofrimento psíquico, policial militar

Occupational Stress and Coping in Frontline Military Police in the Fight Against Terrorism

Abstract: In this research, occupational stress and coping were investigated in military police officers on the front line in the fight against terrorism in the northern region of Mozambique. A semi-structured interview guide was applied to 10 professionals. The results obtained by content analysis pointed to the following occupational stressors: punishments and humiliations by bosses, fear of losing one's life in combat, difficulties in reconciling work-family, compliance with authoritarian superior orders, injustices in career development and payment problems of subsidies. As for the consequences of stress, those of a physical and psychological nature stood out. Added to this are absenteeism at work, alcohol consumption, sabotage of activities and poor interpersonal relationships. To deal with occupational stress, participants stated that

¹ Mestre em Psicologia das Organizações pela Universidade Rovuma. Companhia Cerimonial de Nampula, Cidade de Nampula, Nampula - Moçambique. *E-mail:* fariacatole93@gmail.com

² Graduado em Psicologia Social e das Organizações com habilitações em Comportamento Organizacional pela Universidade Rovuma. Escola Básica de Namutequeliua. Cidade de Nampula, Nampula - Moçambique. *E-mail:* carlosluisaristides93@gmail.com

³ Doutor em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Universidade Save, Massinga, Inhambane - Moçambique. *E-mail:* aliantegildo@unisave.ac.mz

⁴ Doutor em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco. Universidade Rovuma, Cidade de Nampula, Nampula - Moçambique. *E-mail:* mabacar@unirovuma.ac.mz

they mostly resorted to emotion-focused coping strategies. As actions to prevent and combat occupational stress, the investigated police officers propose the revitalization of civic-patriotic education campaigns, improvement of working conditions and provision of psychological support services. Future research can investigate the symptoms of occupational stress, post-traumatic stress and associated factors in police officers, especially those on the terrorism combat line in Mozambique.

Keywords: working conditions, stress, occupational health, psychological suffering, military police

Introdução

Em Moçambique, “a política de defesa e segurança do Estado visa defender a independência nacional, preservar a soberania e a integridade do país, garantir o funcionamento das instituições e a segurança dos cidadãos contra qualquer agressão armada” (artigo 261 da Lei n.º 1/2018, de 12 de junho). Assim, a polícia moçambicana, uma força paramilitar integrada no Ministério do Interior, em colaboração com outros profissionais de instituições de defesa e segurança do Estado, como as Forças Armadas de Defesa de Moçambique (por exemplo, militares e policiais militares), do Ministério da Defesa Nacional e dos Serviços de Segurança do Estado, têm como função “garantir a lei e a ordem, a salvaguarda da segurança de pessoas e bens, a tranquilidade pública, o respeito pelo Estado de Direito Democrático e a observação estrita dos direitos e liberdades fundamentais dos cidadãos” (artigo 261 da Lei n.º 1/2018, de 12 de junho). Como se observa, as Forças Armadas de Defesa de Moçambique têm a responsabilidade acrescida de defender o país em situações de agressão armada ao Estado moçambicano.

A província de Cabo Delgado, região Norte de Moçambique, tem sido assolada pelo terrorismo desde outubro de 2017. Estima-se que, até junho de 2022, 946.508 pessoas tenham sido deslocadas das zonas atacadas da província para outras áreas do país, e 4.398 vítimas fatais foram registradas (Alberdi et al., 2023). Com o surgimento do terrorismo, os policiais militares são chamados para o combate na região afetada, integrando a linha de frente.

O cumprimento da missão de defesa da pátria moçambicana contra os terroristas pode

gerar sentimentos negativos à saúde mental, como ansiedade, depressão, estresse, estresse pós-traumático, dentre diversos transtornos mentais, devido ao medo de ser morto ou ferido no combate (Ceribili et al., 2020; Santos & Saturnino, 2021), ou mesmo pelas vivências dos atos bárbaros protagonizados pelos terroristas, como a decapitação de corpos humanos, conforme reportam diversos meios de comunicação social.

Adicionalmente, ser policial militar em Moçambique exige estar quase sempre em alerta. Concretamente, são profissionais que, geralmente, enfrentam jornadas exaustivas de trabalho e convivem com situações de morte, insegurança, medo, violência e perigo, chegando ao esgotamento físico e mental diante de tantas situações vividas no seu dia a dia (Carneiro & Domingues, 2021; Chaves, 2023). Desse modo, pode-se afirmar que a atividade laboral do policial militar é de incerteza, alta periculosidade e pressão, podendo acarretar transtorno de ansiedade, estresse, depressão, distúrbios do sono, maior suscetibilidade a desenvolver o etilismo e pensamentos de autoexterminio (Ceribili et al., 2020; Santos & Saturnino, 2021).

O quadro de sofrimento e adoecimento dos policiais militares é agravado devido à desestruturação da assistência em saúde mental ao profissional (Aliante et al., 2025; Santos & Saturnino, 2021). Por conseguinte, inúmeras corporações, de diversos lugares do mundo, expressam um adoecimento causado pela exposição crônica ao estresse. O estresse presente nestes profissionais é explicado, também, como consequência da vivência constante de inseguranças e da instabilidade de rotina (Santos & Saturnino, 2021).

O estresse é toda a ação do organismo combinada a componentes psicológicos, físicos e mentais. Ocorre quando surge a necessidade de uma adaptação a um evento estressor, mas pode ser prejudicial se houver exposição prolongada ao evento ou uma predisposição do indivíduo a determinadas doenças (Pinheiro & Farikoski, 2016). Ou seja, trata-se de uma sensibilidade aumentada, decorrente da exposição crônica a eventos que exigem uma reação mais imediata (Santos & Saturnino, 2021).

Com efeito, o estresse ocupacional é conceituado como uma resposta física e emocional

que ocorre quando as exigências do trabalho excedem as capacidades, os recursos ou as necessidades do trabalhador (Almeida et al., 2016; Coelho et al., 2018). De um modo geral, a literatura científica aponta que condições inadequadas do ambiente de trabalho, remuneração insuficiente, más relações interpessoais, estagnação na carreira, clima organizacional desfavorável, sobrecarga e longas jornadas de trabalho, além da falta de preocupação com a saúde e o bem-estar dos policiais militares constituem, entre outros, elementos que podem gerar estresse ocupacional (Silva et al., 2022; Peçanha et al., 2025).

É de conhecimento que uma constante vivência de estresse é capaz de deteriorar a funcionalidade psicológica do indivíduo, chegando a um rebaixamento da realização pessoal com a profissão e da autoestima do trabalhador. Essa situação, quando não tratada precocemente, pode ser interiorizada, levando a um inconsciente estado de apresentação de sintomas psicossomáticos para objetivar um afastamento do trabalhador, neste caso, do policial militar da corporação (Dias & Andrade, 2020).

Quanto à forma de lidar com os estressores ocupacionais e adversidades do cotidiano do trabalho, os trabalhadores podem recorrer a certas estratégias de enfrentamento, chamadas também por estratégias de *coping*. Conceitualmente, *coping* é o conjunto de esforços ou respostas intencionais, emocionais, psicológicos e comportamentais utilizados pelo indivíduo para lidar com o estresse (Pagnota & Prebianchi, 2021; Pôrto & Júnior, 2023). Na perspectiva psicológica, *coping* é definido como uma ferramenta que tem o significado de lidar, encarar, enfrentar, ultrapassar, fazer face, dar resposta, reagir a ou adaptar-se a circunstâncias adversas (Pinto et al., 2024). Portanto, diz respeito ao grupo de estratégias utilizadas por um indivíduo, visando à adaptação a situações estressoras ou adversas (Antoniazzi et al., 1998; Pietrowski et al., 2018), estando relacionado à interação entre o indivíduo e o ambiente, cuja função é perceber e avaliar o estímulo estressor e mobilizar esforços cognitivos e comportamentais para minimizar ou reduzir as demandas internas e externas que surgem como ameaçadoras para o indivíduo (Antoniazzi et al., 1998).

As estratégias de *coping* podem ser divididas em duas categorias funcionais: *coping* focalizado na

emoção e *coping* focalizado no problema (Folkman & Lazarus, 1980; Moreno et al., 2011). O *coping* orientado no problema consiste no emprego de estratégias que visam atingir diretamente a fonte geradora de estresse, buscando causar modificações, atenuando-a ou mesmo eliminando-a, quando possível (Moreno et al., 2011). E o *coping* focado na emoção refere-se ao uso de estratégias para lidar com a carga emocional que foi desencadeada pelo agente estressor (Folkman & Lazarus, 1980).

Para além dos tipos de *coping* já descritos, Alves e Dell'Aglio (2015) e Pietrowski et al. (2018) mencionam o apoio social e o evitamento, respectivamente. O apoio social é entendido como o conjunto de informações que leva um indivíduo a acreditar que é estimado, amado, cuidado e pertencente a uma rede com obrigações mútuas. Ao perceber que está inserido em uma rede de relações e que, ao mesmo tempo, pode contar com a ajuda das outras pessoas, entre elas, familiares, supervisores, superiores hierárquicos e colegas; o indivíduo tende a estar mais protegido nas situações de crise, facilitando estratégias de enfrentamento e adaptação às mudanças (Alves & Dell'Aglio, 2015). Já o *coping* de evitamento ou evitação é toda a tentativa de se esquivar da situação estressora (Melo et al., 2016).

A função das estratégias de *coping* é reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse (Moreno et al., 2011). Portanto, buscam, fundamentalmente, eliminar ou modificar o estressor, modificar a percepção acerca do significado emocional para neutralizar eventual efeito negativo ou manter o estado emocional equilibrado (Coleman, 2019).

Como descrito, o trabalho dos policiais militares é considerado uma atividade de alto risco ocupacional (Ceribili et al., 2020; Santos & Saturnino, 2021) e, por conseguinte, resultados de pesquisas revelaram elevados níveis de estresse nesse grupo profissional. No cenário internacional, Pinheiro e Farikoski (2016) avaliaram o nível de estresse em 50 policiais militares do Estado do Rio Grande do Sul. Os resultados indicaram que 62% apresentaram estresse em algum nível, com predominância na fase de resistência.

Igualmente, outra investigação realizada na mesma região brasileira reportou alto nível

de estresse em policiais militares, com maior prevalência em profissionais do sexo masculino (52,42%) (Almeida et al., 2020). De modo similar, um estudo realizado com 268 militares do Paraná evidenciou uma prevalência de estresse ocupacional de aproximadamente 48% nessa população (Santos et al., 2021). Também a pesquisa realizada com 1.802 policiais portugueses identificou uma alta porcentagem de prevalência de estresse, sendo que 72% da amostra apresentou estresse operacional elevado e 62%, estresse organizacional elevado (Pereira et al., 2023).

Com base nas buscas feitas pelos autores deste trabalho para a revisão da literatura, constatou-se que, em Moçambique, há raridade de estudos sobre a saúde mental no trabalho feito junto aos profissionais das Forças de Defesa e Segurança (por exemplo, policiais, militares, policiais militares, bombeiros e agentes do SISE - Sistema de Informação e Segurança do Estado) devido possivelmente às dificuldades impostas no acesso a esses profissionais e à pouca atenção por parte de pesquisadores às questões de saúde mental no trabalho. Entretanto, uma pesquisa que investigou a sintomatologia de estresse em 100 policiais durante a pandemia da COVID-19 revelou a presença de sintomas de estresse tanto físicos como psicológicos, sobretudo os da fase de resistência (Mucavele et al., 2022).

Cabe enfatizar que o estresse ocupacional tem sido apresentado como um fator que afeta negativamente os indivíduos em seu perfil pessoal, profissional, econômico, social e o ambiente organizacional que os circunda. Desse modo, a exposição prolongada ao estressor pode prejudicar a saúde física e mental do trabalhador, resultando num déficit funcional temporário ou permanente, com inegável impacto individual, organizacional e socioeconômico (Muller et al., 2021; Santos & Rech, 2023).

Nesta ótica, investigar o estresse ocupacional em profissionais de segurança pública em Moçambique constitui um caminho para produzir indicadores científicos sobre a saúde mental no trabalho, com vista a fundamentar o desenho e a implementação de programas de promoção da saúde e do bem-estar no trabalho desse público-

alvo. Esta pesquisa investigou o estresse ocupacional e o *coping* em policiais militares moçambicanos da linha da frente de combate ao terrorismo na região Norte do país. Subjacentes a esse objetivo estão as seguintes questões de investigação que guiaram esta pesquisa: i) Que situações relacionadas ao trabalho dos policiais militares podem ocasionar ou gerar o estresse? ii) Como os policiais militares lidam com as situações estressoras?

iii) Quais são as ações que os policiais sugerem para a prevenção e o combate do estresse ocupacional, no sentido de contribuir para a promoção de saúde mental e bem-estar no trabalho?

Método

Este estudo é exploratório e de caráter qualitativo, assumindo o paradigma interpretativo. A pesquisa qualitativa é produzida a partir das percepções dos sujeitos que participam da pesquisa (Patias & Hohendorff, 2019). Tal como foi argumentado em Gil (2020) e Minayo e Costa (2018), pesquisadores que optam por estudos exploratórios quanto qualitativos, recorrem basicamente às técnicas de entrevista, etnografia, grupos focais, painéis e observação. Neste estudo, administrou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, como explicado no *item* de instrumentos, mais adiante.

Participantes

Participaram dessa pesquisa 10 policiais militares, dos quais sete eram do sexo masculino e três do sexo feminino, com idades variadas entre 26 e 45 anos. Os participantes foram selecionados intencionalmente com base nos seguintes critérios de inclusão: ser policial militar em exercício, ter sido selecionado para o combate da violência armada em Cabo Delgado e consentir livremente em fazer parte da entrevista.

O número de entrevistados foi estabelecido a *posteriori*, a partir do critério de saturação empírica. Considera-se saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado.

Ou seja, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (Fontanella et al., 2008). Trata-se de um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de dados (Falqueto et al., 2018).

Assim, apesar do número de entrevistas ser reduzido, tal fato não constitui uma barreira à análise, uma vez que, de uma maneira geral, em pesquisas qualitativas, a quantidade dos participantes é menos importante do que o empenho de enxergar todas as possibilidades de se aproximar do objeto empiricamente, prestando-se atenção a todas as suas dimensões e interconexões (Minayo, 2017).

Instrumento

Para a materialização da pesquisa, administrou-se um roteiro de entrevista semiestruturada composto por 10 questões, elaborado pelos autores. As questões visavam compreender a percepção dos policiais militares sobre a dinâmica do cotidiano do seu trabalho e abrangiam os seguintes aspectos: estressores ocupacionais, manifestações e consequências de estresse ocupacional, estratégias que os policiais usavam para enfrentar as demandas do seu trabalho e propostas de ações de âmbito organizacional para a prevenção e o combate do estresse ocupacional.

Procedimentos

O protocolo desse estudo foi avaliado e aprovado pela Direção da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Rovuma, que emitiu uma credencial, datada de 4 de setembro de 2020. Após a obtenção da credencial, seguiu-se a oficialização da pesquisa junto às autoridades da instituição investigada, que foram favoráveis. Esse procedimento deve-se à inexistência de um Comitê de Ética para Pesquisa na universidade à qual os autores estão vinculados, tal como ocorre em muitas instituições de ensino superior moçambicanas.

Obtida a autorização, procedeu-se a

apresentação do primeiro pesquisador que realizou as entrevistas, tendo este explicado de forma breve os objetivos, o método, a relevância e os riscos da pesquisa. E os policiais militares que se disponibilizaram e consentiram em participar da pesquisa foram entrevistados. Foram assegurados os direitos dos participantes em pesquisas com seres humanos, a saber: livre aceitação, privacidade, acesso à informação, anonimato e livre arbitrio. Não houve qualquer compensação financeira ou material para participar no estudo.

As entrevistas decorreram no mês de setembro do ano 2020, em tempo letivo e no local de trabalho. A duração das entrevistas variou entre 25 e 40 minutos. O registro das entrevistas foi feito por meio de gravação em um celular, que depois foi transferida para o *laptop* e para o Google Drive, para garantir o uso posterior, em caso de extravio ou quebra do *laptop* ou do celular.

A análise das entrevistas realizou-se com o recurso à análise de conteúdo, de Bardin (2016), na sua tipologia temática (Minayo, 2014). De acordo com Bardin (2016), o tratamento de informações, por meio da técnica de análise de conteúdo, é feito em três fases, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação.

Desse modo, o tratamento das informações iniciou-se com a escuta das entrevistas, a transcrição na íntegra⁵ e a atribuição dos códigos, feita pelo primeiro autor. Posteriormente, o segundo e o terceiro autor, fizeram de forma independente, uma nova escuta e (re)transcrição das entrevistas, para verificar possíveis omissões (fase de pré-análise). A codificação das transcrições deu-se por meio da atribuição da letra E, seguida de número arábico, conforme a sequência de participação no processo de coleta de dados. Neste sentido, o primeiro entrevistado foi designado por E1 e, assim, sucessivamente, até o último participante (E10).

Já na segunda fase, a de exploração do material, procedeu-se a uma leitura aprofundada

5 As falas dos entrevistados foram transcritas na íntegra, com a finalidade de preservação da oralidade. Por este motivo, algumas falas apresentam eventuais incorreções ortográficas.

das entrevistas transcritas, com a finalidade de familiarização com o conteúdo e formação das categorias de análise, tendo emergido as seguintes: fontes de estresse ocupacional, manifestações de estresse, estratégias de *coping* e sugestões dos participantes sobre as ações de prevenção e combate do estresse ocupacional. Por fim, na fase de tratamento dos resultados, fez-se a interpretação dos achados a partir da presença dos aspectos mais pontuados pelos participantes em cada categoria e subcategoria analisada. E a partir disso, houve a inferência dos resultados, seguindo-se a sua discussão a partir dos achados de outras pesquisas.

Resultados

Nesta seção, são apresentados os resultados obtidos no trabalho de campo. A apresentação dos resultados é feita em função das categorias temáticas definidas.

Estressores no trabalho dos policiais militares

Para explorar os estressores ocupacionais, os participantes foram solicitados a mencionar os aspectos negativos, dificuldades enfrentadas e fatores estressantes relacionados com o seu trabalho, da seguinte forma: quais são as dificuldades que enfrenta no dia a dia relacionadas com o seu trabalho? Que aspectos do seu trabalho avalia como negativos para o seu desempenho profissional? Que situações relacionadas com o seu trabalho considera como estressantes?

De acordo com os depoimentos dos participantes, as fontes de estresse ocupacional mais mencionadas foram: punições e humilhações pelos chefes, medo de perder a vida em combate e dificuldades de conciliar trabalho-família. Somam-se às ordens autoritárias dos chefes, injustiças no desenvolvimento da carreira profissional e no pagamento de subsídios. Finalmente, uma minoria de participantes apontou as condições de trabalho e logísticas insuficientes e/ou precárias, remuneração insuficiente, longa distância entre casa-trabalho, falta de valorização, pressão no trabalho e insubordinação dos colegas. Para exemplificar o fator de punições e

humilhações dos chefes, constam os depoimentos dos entrevistados E3, E5 e E7.

Bem, se formos a considerar a natureza do trabalho do militar, não há como evitar estresse. Ontem, por exemplo, eu mesmo fui punido por não cumprimentar o meu chefe, mas expliquei-lhe que não tinha lhe visto. Eu achei ser abuso de poder. Como já disse anteriormente, eu, por ser praça, ainda irei sofrer nesse exército (E3).

São várias as situações que me criam ou já me criaram dissabores na minha profissão, já que as nossas atividades exigem muita força e entrega; há sempre tendências de humilhação por parte de alguns chefes. Isso piora ainda mais quando o chefe não vai com a sua cara (E5).

Uma outra situação tem a ver com a humilhação que passo aqui no serviço. Por eu ser praça, não quer dizer que sou empregado das pessoas. Mesmo esses que hoje são chefes, também passaram neste posto. Então sinto que, em vários momentos, eu sou injustiçado no meu serviço. Os meus superiores usam a sua chefia para impor ordens que estão fora das regras militares (E7).

No que diz respeito ao medo de perder a vida em combate ao terrorismo, seguem falas de alguns pesquisados:

Numa outra vertente, esta minha profissão pode ser promotor de perigo à própria vida, uma vez que, no campo de batalha tudo pode acontecer, isto é, vida ou morte! Mas, como é a profissão que escolhi, não tenho como (E3).

Olhando a situação atual de guerra em Cabo Delgado [agressão armada, vulgo terrorismo], a minha atividade de militar encontra-se ameaçada. Eu acho que a minha atividade profissional poucas vezes promove o meu bem-estar. Já sobrevivi em várias situações bem complicadas, muitos colegas perderam a vida nas matas e sem que os seus familiares, pelo menos, tivessem acesso

aos seus restos mortais (E4).

Essa situação de guerra também é ameaçadora, uma vez que, atualmente a nossa profissão é incerta. Cada dia que passa não se sabe o que vai acontecer com a pessoa, só por pensar que o próximo serei eu. Muitos colegas já foram ao combate e até agora alguns deles ainda não voltaram ao convívio familiar, então isso é muito triste! Mas não temos como, para o meu lado não tenho opções de escolha, este é o meu ganha-pão [emprego] e tenho que seguir em frente (E7).

Por fim, são apresentados certos exemplos de falas dos entrevistados sobre as dificuldades de conciliar o trabalho-família e as injustiças no desenvolvimento da carreira e no pagamento de subsídios. No que tange ao fator das dificuldades de conciliar o trabalho-família, seguem os relatos de E6, E7, E8 e E9:

Em algum momento, vários assuntos de serviço acabam se transportando até na família, por imperativo de serviço. Pode-se declarar o 2º grau de prontidão combativa; aí implica não haver saídas ou mesmo das longas viagens de serviço, isso pode causar um enorme vazio na família. O meu setor de trabalho não me permite um convívio constante com a minha família; saio muito cedo de casa e volto tarde e, quando a pessoa escalada para trabalhar não aparece, eu mesmo sou obrigado a entrar de serviço para fechar o lugar do meu colega. Não tenho fim de semana, o tempo não é suficiente para conviver com a minha família, muitas vezes encontro os meus filhos enquanto já dormiram, então perde-se aquele afeto de pai e filhos. É por isso que os meus filhos estão mais apegados com a mãe do que comigo, exatamente por causa da falta de tempo, acredito se eu fosse aquele pai presente, isso não aconteceria (E6).

O meu trabalho interfere na minha família, porque a minha ausência constitui uma

grande barreira, visto que vivo num bairro onde há muitos assaltos, em particular nas noites. Algo semelhante aconteceu comigo, quando estava em missão de serviço no distrito de Gorongosa, recebi informação de que, naquela noite, teria acontecido um roubo na minha residência. Também os conflitos de Cabo Delgado criam um terror e abalam a minha família, isso agrava-se quando sou destacado para o teatro [centro] operacional, há sempre um sentimento de medo em me perder (E7).

Falando sério, a tropa destruiu a minha família, tudo aconteceu quando tive uma viagem de trabalho a Macomia, sempre recebia ligações dos vizinhos dizendo que tem um homem que frequentava na minha casa, aí estava tudo bem. O pior de tudo foi após o meu regresso, onde confirmei aquilo que me diziam, de certeza encontrei em flagrante a minha esposa com um senhor no meu quarto, algo que me levou à separação (E8).

Às vezes é duelo abandonar a família para cumprir outras atividades, porque naquele momento a família fica mais prejudicada, pensativa do que a própria pessoa que está no combate. Aparece aquele sentimento só por pensar nas crianças que são inocentes, crianças que precisam o calor do pai, então isso acaba impactando aquilo que seria o meu bem-estar psicológico e da família (E9).

No que concerne às injustiças na remuneração e no pagamento de subsídios, seguem alguns excertos dos participantes:

A partir daí já estou estressado naturalmente, porque no Ministério [de Defesa Nacional] onde me encontro há muitas injustiças! Atualmente o que reina no exército moçambicano é o nível acadêmico, esquecem dos que fizeram a guerra. Por exemplo, para a conquista da nossa independência foram os indivíduos sem caneta [baixo nível acadêmico], estamos a falar de *Makondes*, *Jawas*, *Manhungues* e várias frentes de guerra, mas nem todos esses eram intelectuais. Agora é muito

diferente, visto que o nosso exército dá mais valor aos que estudaram, deixando de lado aqueles libertadores da independência. É normal encontrar alguém que perdeu braço ou perna na luta, mas sem nenhuma consideração, salário insignificante. Aliás aquilo é um subsídio, que é uma vergonha para quem dedicou a sua juventude na vida militar. Quando penso nestas injustiças só me tiram sono, até suspeito que essas dores intensas de cefaleias que tenho sofrido seja por causa disso (E1).

Um outro fato tem a ver com o desnível na remuneração, isto porque existem colegas da mesma patente que auferem um valor superior ao meu, esse comportamento de financeiros aborrece-me (E4).

Mas aqui no serviço tem havido muito desrespeito entre colegas, é normal ver um militar praça trocando palavras com o seu superior. Mas isso ocorre muitas vezes devido à falta de transparência nos subsídios atribuídos aos militares que se encontram em combate. A maior parte de militares fica revoltada com seus chefes exigindo o tal subsídio (E8).

Outra situação tem a ver com os subsídios de viagens, quando somos escalados para um certo lugar, o chefe das finanças não cumpre com o planejado, muitas vezes nos mandam passar refeições nos quartéis, algo que nos obriga usar o nosso próprio valor para nos alimentar (E9).

Os problemas de desenvolvimento na carreira evidenciam-se por meio da seguinte fala:

Outro assunto relacionado com o serviço tem a ver com a minha carreira que está estagnada. Estou desde 2011 no mesmo posto [categoria]. O ideal seria uma duração de quatro anos, depois passava para o posto a seguir. Agora lá vão nove anos, sem nenhuma resposta. O pior de tudo aparece alguém que nem dois anos tem no exército, mas já é meu superior. Isso só pode acontecer em Moçambique (E10).

Quanto às ordens autoritárias, E2, E24, E7, E9 e E10 mencionaram-nas da seguinte forma:

Mas, tratando-se de militarismo em que jurei a bandeira, servir fielmente a pátria nacional, aqui tudo vai com base em ordens. Porém, nem todas essas ordens são relacionadas com o serviço, há dias em que um superior emana ordens que não fazem parte do serviço, e isso é constrangedor. Mas não tenho uma alternativa, porque é esta a profissão que escolhi, ciente de todos os riscos (E2).

[...], mas apesar de ser tropa existem situações em que os chefes pioram, alguns deles usam a sua chefia para satisfazer seus apetites, muitas vezes aqui no serviço é frequente observar muitos chefes a darem ordens ilegítimas (E4).

[...], mas num certo momento parece não ser fácil evitar tudo isto, porque trabalhamos sob pressão e com intensas ordens, visto que nem todas as ordens estão relacionadas com o serviço. Então, é a partir daí que facilmente as coisas mudam e isso acontece quando a gente está muito cansada (E7).

Não gosto quando alguém vem contrariar algo que sei fazer, tem alguns chefes que estando no desempenho das minhas funções aparecem dizendo que isto está errado. Ora, nos meus tempos as coisas não eram assim e, em muitas vezes, estes chefes não querem aprender com os seus subordinados (E9).

Olhando para as nossas tarefas diárias, o estresse nunca falta, é sempre aquilo que se diz que tropa tem que ter bravura e se quer murmurar, vai murmurar na manta. Na verdade, nós militares estamos cheios de estresse, porque não somos permitidos manifestar e nem reclamar com o nosso chefe direto, mesmo sabendo que a reclamação é legítima, há sempre aquelas palavras que dizem: *cumpra a punição e depois reclama*. Então, com isto leva com que alguns chefes aproveitem da situação para satisfazer as suas vontades, sem saber que estão a criar indisciplina nos seus subordinados. Há

sempre uma tentativa de calar a boca ao subordinado, mesmo vendo que algo está errado, este não pode opinar, com risco de serem tomadas medidas severas (E10).

Por fim, apresenta-se a fala do E6 que relata a pressão no trabalho:

Com esta pressão de trabalho e horários longos de trabalho, não há como alguém não se sentir mal no corpo (E6).

Manifestações e consequências do estresse nos policiais militares

Nesta categoria, buscou-se identificar as manifestações de estresse vivenciado pelos policiais militares. Para o efeito, foram colocadas as seguintes perguntas: como o trabalho interfere na sua saúde? O que sente no final da sua jornada de trabalho? O que sente quando está estressado? De acordo com os relatos dos entrevistados, os sintomas mais recorrentes foram de natureza física, como cansaço físico, dores de cabeça e falta de apetite; seguindo-se os psicológicos, nomeadamente tristeza, medo, desconcentração, desânimo e frustração e, por fim, aparecem os comportamentais (consumo de substâncias psicoativas - álcool e drogas). Sobre manifestações de natureza física seguem alguns depoimentos:

Um outro problema que me incomoda é o cansaço, visto que o meu trabalho é cansativo, exige um esforço físico, quando acordo nas manhãs fico muito cansado em consequência do trabalho do dia anterior (E3).

Quando mais me estressam fico a me queixar de dores de cabeça, mesmo agora acabei de voltar do posto de saúde onde fui pedir um paracetamol. Lá no teatro [centro] operacional em que o trabalho é forçado, aí não falta ter problemas de saúde. Sim já sofri inchaços nos pés, dores musculares e dores da cabeça, provocada por longas marchas (E4).

Mas nem sempre é fácil gerir isto, em algum momento chegando em casa a família acaba descobrindo que algo não está bem em mim, através de cansaço e fico a me queixar de

dores de cabeça [...] (E5).

Para o meu lado costumo a ficar muito partido e sem apetite, muitas vezes vou a cama sem jantar por conta do cansaço (E6).

Um dos sinais de que me aparece quando estou estressado é o cansaço total do corpo, fico sem vontade de nada, tanto no serviço assim como em casa (E9).

Quanto às manifestações de estresse de âmbito psicológico, E5, E9 e E10 mencionaram-nas da seguinte forma:

Então, eu como militar, sinto-me triste e ameaçado por esta situação, já fui escalado para o combate [ao terrorismo] por duas vezes. Ultimamente vou ao serviço muito inseguro, porque não se sabe o que acontecerá chegando aqui, visto que a qualquer momento posso ser surpreendido para o empenhamento. Para o meu caso, essas situações me levam a uma desconcentração, onde é normal alguém me chamar e não ouvir [...] (E5).

Então, para mim, fazendo uma comparação entre os momentos passados e atuais, posso afirmar que estou mais desanimado com o meu serviço atualmente do que no passado (E9).

Para mim, isto me cria uma frustração enorme que nem tenho vontade de ir trabalhar (E10).

Finalmente, são apresentadas as falas dos entrevistados que relevaram manifestações comportamentais:

São várias as consequências para um policial militar estressado. É normal observar alguns comportamentos estranhos por conta do estresse. Vários colegas optam por se meter nas drogas, suicídios, divórcios, faltar no serviço, sabotar uma atividade e muito mais (E7).

Daquilo que vivi na zona do combate norte, facilmente somos derrotados quando estamos bêbados. Os colegas acham que bebendo aliviam o estresse, perdemos muitos colegas no combate por conta do álcool. Aqueles

colegas estando no estado de embriaguez não conseguiam ouvir a chegada do inimigo e descobrimos no dia seguinte sem vida (E9).

As consequências são várias, uma delas é de se meter no álcool, consumir coisas que não têm interesse. Lembro-me que quando entrei aqui na tropa não bebia e nem fumava, mas por causa do ambiente comecei a beber e mais tarde a fumar (E10).

Estratégias de coping usadas pelos policiais militares

Para explorar as estratégias de *coping* usadas pelos policiais militares para lidar com estresse derivado do trabalho foram feitas as seguintes perguntas: o que tem feito quando se sente estressado pelo trabalho? Como lida com as adversidades do trabalho? O que faz para superar as dificuldades do trabalho? Os relatos dos policiais militares investigados permitem afirmar que estes usam, majoritariamente, estratégias de *coping* focadas na emoção, tais como conversar com familiares e colegas, meditação, assistir a filmes e consumo de bebidas, seguidas das evitativas (isolamento) e do apoio social (pedir conselhos e ideias aos amigos, colegas e familiares). No entanto, certos participantes revelaram que têm recorrido às estratégias focadas no problema. Em relação à subcategoria de estratégia de enfrentamento focadas na emoção, eis os seguintes depoimentos:

Em muitas vezes que fico estressado procuro meditação, busco a inspiração divina, leio uma bíblia ou um cântico. Isso alivia a minha mente (E2).

Procuro viajar, ir à praia, beber uma cervejinha só para descontraír a memória. Mas nem sempre isso é suficiente; por exemplo no ano passado pedi uma dispensa de 15 dias, gozei a dispensa apenas em cinco dias (E5).

Assisto filmes no meu celular, principalmente aqueles filmes religiosos (E7).

Às vezes quando largo prefiro sentar-me numa barraca, no sentido de evitar problemas, mas sem saber que estou a aumentar. A minha

vida está um inferno, em algum momento já pensei em deixar esta profissão, mas não há como, pois, é aqui onde encontro moedas [salário] para o meu sustento. A minha vida é um estresse total. Para o meu refúgio prefiro atenuar bebendo qualquer bebida; sou daqueles que não escolhe bebida, seca ou fresca vai. Para mim, naquele momento de diversão com os colegas esqueço logo muitas coisas, é que quando fico sem beber penso muita coisa e posso cometer crime, então álcool me relaxa (E8).

Naquele tempo do empenhamento [centro operacional de combate ao terrorismo], vendo que estou estressado optava em conversar, contar histórias e trocar experiências com os colegas e escutar músicas de cantores da minha terra natal. Atualmente, cá na unidade prefiro retirar-me daquele lugar, me isoło, ligo dados móveis do meu celular e começo a ver várias informações, vou no *facebook* converso com amigos. Então a partir daquelas piadas, vídeos, pouco a pouco acabam por me distraír daquilo que me aconteceu. Quando regresso à casa tomo banho e me fecho no quarto, ligo televisão e dali apanho sono (E9).

É assim, muitas vezes não é porque eu gosto da bebida e nem do cigarro, mas em algum momento alivia o meu estresse. O mal é de beber com objetivo de baralhar os colegas no serviço. Para mim, bebo para aliviar o meu estresse, naquele momento em que estou paulado [bêbado] faço as minhas reflexões acerca da vida e do serviço, na medida em que o álcool diminui na minha cabeça, também o estresse diminui. Agora se caso não tiver tako [dinheiro] para uma birra [cerveja], me retiro logo daquele lugar e vou para casa, toco meu aparelho; tenho esse defeito de tocar em volume alto, só para conseguir sono (E10).

Sobre as estratégias evitativas, seguem os seguintes excertos:

Quando estou estressado evito entrar no serviço, fico em casa com a minha mulher

[esposa] e os meus filhos. Aquela alegria de gritos das crianças chamando pai, pai, naquele momento minimiza ou passa o meu estresse. O melhor de tudo é ficar longe do serviço e com a família, procuro justificar a minha ausência para não ser punido (E1).

Naquele tempo em que sinto algum mal-estar, comunico o meu chefe e justifico a minha ausência, por exemplo: posso mentir que estou doente e vou ao hospital, só para não ir ao serviço (E2).

Muitas vezes peço uma dispensa no serviço para ficar com a minha família (E5).

Procuro ambientes calmos e tranquilos, imediatamente saio daquele lugar onde fui estressado, evitando que o pior aconteça (E10).

Em relação ao recurso do apoio social, exemplifica-se pela fala do E7:

E daí procuro conselhos de alguns colegas com maturidade (E7).

Um dos participantes mencionou que tem recorrido a estratégias focadas no problema, como ilustra o seu depoimento:

Certamente consigo controlar o meu estresse, por isso poucas vezes fico estressado. Como sabemos que a profissão militar é imprevisível, o importante é procurar se conhecer, resolver o problema, também conhecer as exigências do serviço, para não entrar em conflito com os superiores (E4).

Ações de prevenção e combate do estresse ocupacional propostas pelos participantes

Finalmente, buscou-se acolher as propostas dos entrevistados sobre as possíveis ações de prevenção e de combate ao estresse ocupacional, de acordo com as seguintes perguntas: o que a instituição tem feito visando promover a saúde mental e o bem-estar psicológico dos seus trabalhadores? Na sua opinião, o que a instituição deve fazer para reduzir o estresse no trabalho? Em resposta a essas questões, muitos entrevistados propuseram a revitalização das campanhas de educação cívico-patriótica militar, seguida da provisão de condições de trabalho e

logísticas, e da provisão dos serviços institucionais de apoio psicológico.

A equidade salarial, a personalização das normas aplicadas, a melhoria da comunicação e do diálogo entre superiores e subordinados, e o desenvolvimento na carreira foram sugestões indicadas por pequena parte dos entrevistados. No entanto, isso não significa que essas sugestões não sejam fundamentais, uma vez que, neste estudo, algumas delas foram mencionadas como estressores ocupacionais. Para exemplificar os aspectos mais mencionados, seguem, inicialmente, os relatos sobre educação cívico-patriótica de alguns entrevistados:

Eu penso que a instituição deveria apostar no diálogo com os seus subordinados e o respeito na hierarquia militar. Também as palestras de educação cívico-patriótica deveriam ser de caráter obrigatório, visto que não se levam a sério por parte dos militares, porque quando chega o tempo das palestras, muitos colegas ausentam-se sem justificação (E4).

Também este assunto de estresse gostaria de ver o meu Tenente a falar com os responsáveis da educação cívico-patriótica para se incluir nas palestras, porque vejo ser algo destruidor nas nossas vidas (E5).

A instituição deve começar a criar incentivos através das aulas de educação cívico-patriótica. Para mim, devia se procurar dois oficiais para palestrar os sargentos e praças e num outro momento dar palestras aos oficiais no geral (E8).

Para mim, isto não é uma coisa de outro mundo, o melhor deve-se aconselhar o setor da educação cívico-patriótica a retomar com as palestras. Não se pode mentir para COVID-19, porque mesmo antes desta doença, havia falta dessas palestras, este setor atenuava a ação de alguns chefes. Posso afirmar que agora ficamos sem mãe para nos defender, então seria com bom agrado este setor que era nossa mãe voltasse a funcionar (E10).

Em relação à sugestão da necessidade de provisão de condições logísticas e de trabalho, em

quantidade e qualidade desejadas, seguem alguns excertos ilustrativos:

Deve-se reforçar com as condições logísticas, veja só: a tropa vai na manobra combativa; mesmo havendo ração [alimentação] de combate para a tropa comer pelo caminho, não é lhes oferecido, uma situação que compromete o desempenho dos militares [...] (E1).

É sempre conversando que a gente se entende. Para mim, a instituição deve continuar com o seu trabalho de nos aconselhar; mas esta tarefa de aconselhar não basta, o mais importante: deve-se criar condições de serviço [...] (E2).

No que tange à necessidade de provisão de serviços de apoio psicológico, eis alguns exemplos das falas dos participantes:

Por mim, a instituição deveria ter um departamento com a responsabilidade em educar os seus militares em matéria de estresse. Por este tema ser novo, acho que despertaria muita atenção em nós, militares. Seria melhor que a instituição contratasse um psicólogo com conhecimentos da matéria para dar palestras ou aulas sobre estresse. Isso tudo que acabamos de falar — a partir de consequências, sinais e modos de como controlar o estresse — seria um bom começo. Pior em tempos de tensão militar em que estamos mergulhados, é notável o crescente número de militares bêbados e drogados — não porque eles são assim, mas por imperativo da situação do serviço. Então, acredito que com esta matéria seria um ganho para esses colegas estressados (E2).

O desejado seria de que esse setor responsável no aconselhamento psicológico dos militares deve reativar com as suas funções pelo qual foi criado (E5).

Discussão

Com base nos achados, os policiais militares pesquisados vivenciam situações de estresse derivadas do seu trabalho. Isso revela que o cumprimento da sua missão de defesa e segurança

do Estado, especialmente no combate ao terrorismo em Cabo Delgado, região Norte de Moçambique, é permeado por cenários que geram estresse. O estresse vivenciado ocorre em forma de sintomas de natureza física, psicológica e comportamental.

Constituem fatores de estresse ocupacional: punições e humilhações pelos chefes, medo de perder a vida em combate, dificuldades de conciliação de trabalho-família, ordens superiores autoritárias, problemas de desenvolvimento na carreira e injustiças no pagamento de subsídios. Esses estressores podem estar associados a diversas razões de ordem política, econômica e profissional. Por exemplo, os agentes de segurança pública e defesa nacional — policiais, militares e policiais militares — são instruídos e obrigados a cumprir ordens dos chefes e obedecê-los com fidelidade.

Sobre o medo de perder a vida em combate, vale lembrar que Moçambique vivencia o terrorismo desde outubro de 2017. Os policiais militares fazem parte do grupo de profissionais da linha de frente do combate, e o cumprimento dessa nobre missão exige seu afastamento da família por longo tempo, o que pode dificultar o atendimento das demandas familiares. Por conseguinte, emerge o conflito entre trabalho-família. Tal conflito se traduz pela interferência do trabalho na família, originando a fraca participação do indivíduo na vida familiar.

Os problemas de desenvolvimento de carreira não só afetam os profissionais de segurança e defesa nacional, como também servidores públicos de outros setores da Administração Pública moçambicana (Abacar et al., 2020; Aliante et al., 2024; Santos & Aliante, 2024; Vicente et al., 2023), pois se verifica a ocorrência de disfunções no planejamento e na orçamentação de carreira, provocando estagnação e congelamento da carreira.

Essas disfunções ocorrem, por um lado, pela exiguidade orçamentária e pelo cumprimento da política de austeridade pública aprovada em 2017, por meio do Decreto n.º 75/2017, de 27 de dezembro, e, por outro, possivelmente pela falta de domínio dos procedimentos administrativos de gestão de recursos humanos. Os problemas de estagnação na carreira se agravaram de 2022 até então, com a implementação da Tabela Salarial Única (TSU), que obrigou o congelamento de atos

administrativos de desenvolvimento na carreira na Função Pública moçambicana, nomeadamente: progressão, promoção e mudança de carreira. Embora o pressuposto da TSU seja o de simplificar e reduzir as discrepâncias salariais existentes no setor público moçambicano, por meio da uniformização das 103 tabelas salariais anteriormente em vigor, ela ainda está aquém das expectativas e anseios da massa laboral.

Os achados deste estudo vão na mesma direção com os de certas investigações (por exemplo, Cantele & Oliveira, 2016; Nascimento et al., 2020; Pelegrini et al., 2018; Santos et al., 2022). Cantele e Oliveira (2016) reportaram que policiais sofriam de estresse relacionado à infraestrutura e à rotina, tais como: falta de equipamentos, materiais precários e mudanças nas escalas de horário de trabalho. Pelegrini et al. (2018) concluíram também, que policiais civis e militares associavam o estresse profissional às condições de trabalho, à remuneração, aos benefícios sociais e ao ambiente físico.

Ademais, esses resultados corroboram parcialmente com os de Cardoso et al. (2021), Santos (2021) e Santos et al. (2021). Santos et al. (2021) observaram que os principais estressores foram: falta de perspectivas de crescimento na carreira, deficiência nos treinamentos, presença de discriminação/favoritismo no ambiente de trabalho, longas jornadas de trabalho, forma de distribuição das tarefas, tipo de controle, deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais e baixa valorização. Por sua vez, em Cardoso et al. (2021), foi destacado o relato dos profissionais militares de se sentirem desamparados em relação à sua própria segurança, além da remuneração defasada.

Igualmente, diversas revisões sistemáticas sobre estresse ocupacional em policiais militares indicaram que a interação interpessoal baseada em características de hostilidade, os problemas com a hierarquia, a grande demanda de trabalho, as transferências e destacamentos frequentes, a equipe insuficiente, a sobrecarga, as longas jornadas de trabalho com alto nível de responsabilidade eram os fatores geradores de estresse mais identificados nos estudos (Alves et al., 2021; Futino & Delduque, 2020; Galanis et al., 2021; Santos & Rech, 2023). Existe, ainda, uma revisão sistemática da literatura,

recentemente publicada, que indicou os seguintes principais fatores de estresse no trabalho policial: a pressão, a alta carga de trabalho, o acúmulo de funções, a baixa remuneração, a falta de autonomia, a discriminação e o favoritismo no ambiente de trabalho (Fraga et al., 2024).

Em relação à sintomatologia de estresse nos policiais militares investigados, as manifestações ou sintomas mais relatados se enquadram na tipologia física, destacando-se os seguintes: dores de cabeça, dores musculares, desconcentração e perda de apetite. Entretanto, nos sintomas psicológicos, os mais apontados foram: tristeza, medo, desconcentração, desânimo e frustração. Adicionalmente, figuram algumas consequências comportamentais, tais como: absenteísmo, alcoolismo e sabotagem das atividades.

Esses resultados foram salientados em outro estudo anterior, com amostra de policiais moçambicanos (Mucavele et al., 2022). A mudança de apetite, insônia, tensão muscular, aumento súbito de motivação, mal-estar generalizado sem causa aparente, sensação de desgaste físico constante, cansaço constante, dúvida quanto a si próprio, pensar constantemente em um só assunto e irritabilidade excessiva, tontura frequente, dificuldades sexuais e pesadelos frequentes foram os principais sintomas de estresse sinalizados pelos policiais investigados.

No plano internacional, Cordeiro et al. (2019), observaram que o estresse em policiais militares se manifestava pelos seguintes sintomas: sensibilidade emotiva excessiva, irritabilidade excessiva, insônia, mudança de apetite, cansaço excessivo, irritabilidade sem causa aparente e angústia. Entre as consequências do estresse laboral percebido por agentes policiais, a revisão de literatura de Fraga et al. (2024) revelou o comprometimento físico e psicológico, a redução da qualidade de vida e o *burnout*. Almeida e Chaves (2021), verificaram igualmente a ocorrência de sensações de cansaço e desgaste físico constantes, irritabilidade, dores de cabeça, tensão muscular e ansiedade em policiais militares.

No que diz respeito às estratégias de *coping* utilizadas pelos policiais militares, esta pesquisa verificou que estes usavam majoritariamente as focadas na emoção (convívio com a família, conversa com os colegas, ler livros, assistir televisão e consumir álcool), evitamento (isolamento) e apoio social

(pedir ideias e conselhos a pessoas mais próximas). Estes resultados corroboram parcialmente com os achados da pesquisa de Almeida e Chaves (2021), a qual verificou que os policiais militares investigados praticavam atividades físicas e religiosas, bem como buscavam suporte familiar. O uso de estratégias de enfrentamento negativo e desadaptativo tem sido apontado com frequência em diversos estudos sobre estresse ocupacional em policiais, como sinaliza a revisão de literatura de Galanis et al. (2021).

As estratégias de *coping* identificadas nesse estudo não condizem com as conclusões de Wassermann et al. (2019). Esses autores sublinharam que policiais militares usavam predominantemente a resolução de problemas planejada, a reavaliação e o enfrentamento confrontativo para lidar com o estresse diário. A solução de problemas planejada e a positiva reavaliação eram vistas como formas adaptativas de lidar com o estresse, enquanto os resultados do enfrentamento dependem do contexto.

Finalmente, cabe referenciar as sugestões de mecanismos de prevenção e combate ao estresse ocupacional apontadas pelos participantes desta pesquisa. Destacam-se a revitalização das campanhas de educação cívico-patriótica militar, a provisão das condições de trabalho e logísticas no campo de batalha e a provisão dos serviços de apoio psicológico. Esses resultados coadunam-se com as conclusões de Cantele e Oliveira (2016), os quais enfatizaram ser fundamental um olhar cuidadoso para esses profissionais, desenvolvendo estratégias para o suporte emocional e social, bem como mudanças estruturais no trabalho.

Ao lado disso, uma boa gestão realizada por três categorias específicas (Poder Público, Direção e Servidores), em conjunto, pode ser apontada como uma ação preventiva para a ocorrência do estresse ocupacional (Fraga et al., 2024). Ademais, o aumento do número de policiais, a valorização do trabalho, o diálogo e a capacitação foram indicados como ações preventivas de estresse ocupacional em policiais. Outrossim, evidencia-se a importância do desenvolvimento de políticas públicas e projetos que visem trabalhar essas questões, assim como apoio psicológico, buscando diminuir os riscos do desenvolvimento de transtornos mentais como ansiedade, depressão, estresse e *burnout* nos policiais

militares (Fraga et al., 2024; Silva et al., 2023).

Enfatiza-se que este estudo é de suma importância, pois fornece indicadores científicos sobre as fontes, as manifestações e as consequências do estresse ocupacional, estratégias de enfrentamento, bem como as propostas de ações de prevenção e combate do fenômeno. Parte-se do pressuposto de que a identificação dos fatores de risco de estresse é o primeiro passo para criar e adotar as intervenções adequadas para diminuir o estresse entre os policiais (Galanis et al., 2021). Ademais, a identificação precoce dos agentes de maior risco e o rastreamento adequado para transtornos de saúde mental em policiais, por meio de pesquisa dessa natureza, é crucial para prevenir doenças ocupacionais e promover qualidade de vida nessa população trabalhadora.

Considerações Finais

O propósito deste estudo era investigar o estresse ocupacional e o *coping* em policiais militares moçambicanos da linha de frente de combate ao terrorismo. Os resultados encontrados fornecem indicações de que os policiais militares investigados vivenciam situações de estresse no seu trabalho. Assim, fatores organizacionais (por exemplo, punições e humilhações dos chefes, medo de perder a vida em combate, ordens superiores autoritárias, injustiças no desenvolvimento da carreira e no pagamento de subsídios) e extraorganizacionais (dificuldades de conciliação trabalho-família) figuram entre os principais estressores ocupacionais.

O estresse vivenciado pelos policiais militares afeta a saúde e o bem-estar desse público, sendo as manifestações de natureza física as mais frequentes, tais como: cansaço constante e dores de cabeça. Igualmente, foram reportados o absenteísmo no trabalho, o consumo de álcool, a sabotagem das atividades e as más relações interpessoais, como sendo consequências das vivências do estresse ocupacional. Para lidar com o estresse ocupacional, os profissionais investigados realçaram que optavam majoritariamente por estratégias de *coping* focadas na emoção. Em face disso, várias ações são necessárias para reduzir ou eliminar o estresse

ocupacional, tendo os profissionais destacado as seguintes: revitalização das campanhas de educação cívico-patriótica, melhoria das condições de trabalho e provisão de serviços de apoio psicológico.

Esse estudo lança luz sobre a necessidade de melhoria das condições de trabalho identificadas como estressoras, bem como a implantação de ações de promoção da saúde mental no trabalho. No entanto, foi desenvolvido em um único quartel, sendo necessário apurar a realidade vivida por policiais militares de outras regiões do país. Com efeito, é importante a realização de mais pesquisas sobre estresse ocupacional, estresse pós-traumático e outros constructos de saúde mental, de modo a incrementar a literatura científica moçambicana na área. Os achados dessas futuras pesquisas podem auxiliar na compreensão do sofrimento mental de policiais militares em Moçambique, com intuito de fundamentar a implementação de políticas públicas voltadas à saúde mental no trabalho.

Referências

- Abacar, M., Aliante, G., & Nahia, I. A. A. (2020). Fontes de estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento em professores moçambicanos do ensino básico. *Saúde e Pesquisa*, 13(1), 41-52. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n1p41-52>
- Alberdi, J., Cunha, T., Zambrano, L., Matusse, A., Ernesto, A., & Cossa, L. (2023). *Guerra, deslocamentos forçados resposta à crise em Cabo Delgado, Moçambique*. Ayuda en Acción. https://ayudaenaccion.org/uploads/2023/06/Guerra-deslocamentos-forcados-e-respostas-a-crise-humanitaria-em-Cabo-Delgado_compressed_compressed.pdf
- Aliante, G., Mendes, J. M. R., & José, C. M. (2024). Fatores psicossociais protetivos e de risco relacionados ao trabalho docente da Educação Básica em Nampula, Moçambique *APRENDER - Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação*, (31), 134-157. <https://doi.org/10.22481/aprender.i31.13790>
- Aliante, G., Scorsolini-Comin, F., Abacar, M., José, C. M., & Macedo, A. C. (2025). Garantia da saúde mental e bem-estar de servidores públicos em Moçambique no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Avanços, limites e perspectivas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 50, eddsst2, 1-10. <https://doi.org/10.1590/2317-6369/07024en2025v50eddsst2>
- Almeida, D. M., Lopes, L. F. D., Costa, V. M. F., Corrêa, J. S., & Menegazzi, R. B. (2020). Estresse ocupacional e relações de gênero entre policiais militares do Rio Grande do Sul. *Revista FSA*, 17(11), 305-323. <http://dx.doi.org/10.12819/2020.17.11.16>
- Almeida, H., Brito-Costa, S., Alberty, A., Gomes, A., Lima, P., & Castro, F. V. (2016). Modelos de stress ocupacional: Sistematização, análise e descrição. *INFAD - Revista de Psicologia*, 1(2), 435-454. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.309>
- Almeida, N. F., & Chaves, A. B. P. (2021). O estresse ocupacional: Principais sintomas e estratégias e estratégias de enfrentamento de mulheres policiais militares do Pará. *International Journal of Development Research*, 11(3), 45372-45377. <https://doi.org/10.37118/ijdr.21381.03.2021>

- Alves, C. F., & Dell'Aglio, D. D. (2015). Percepção de apoio social de adolescentes de escolas públicas. *Revista de Psicologia da IMED*, 7(2), 89-98. <http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v7n2p89-98>
- Alves, W. M., Alves, V. M., Santos, P. S., Santos, W. S. L., Santos, E. L., Lobo, E. V. M., & Magalhães, A. P. N. (2021). Estresse e garantia do direito à saúde de policiais militares: Uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 10(13), e592101321597, 1-9. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21597>
- Antoniazzi, A. S., Dell'aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Cantele, S. T. P., & Oliveira, L. H. (2016). Estresse ocupacional em policiais militares da região do Vale do Paranhana – RM. *Iniciação Científica CESUMAR*, 18(2), 101-116. <https://doi.org/10.17765/1518-1243.2016v18n2p101-116>
- Cardoso, A. B. R., Costa, L. L., Sodré, L. R. S., Fornaciari, P. H. O., Lucena, L. B., Martins, D. D., Almeida, K. K. M., & Argentino, S. (2021). Avaliação da qualidade de vida de policiais militares que trabalham no município de Marabá, Pará. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 188-202. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-017>
- Carneiro, A., & Dingu s, L. (2021). Os efeitos da síndrome de burnout em profissionais militares e as contribuições da psicologia. *MIMESIS*, 42(2), 63-77. <https://capela.unisagrado.edu.br/index.php/mimesis/article/view/236/142>
- Ceribili, H. B., Freitas, V. F., Rezende, A. F., & Sabino, K. L. C. (2020). Prestígio organizacional percebido, identificação organizacional e exaustão emocional do policial militar. *Revista Gestão Organizacional*, 13(2), 26-47. <http://dx.doi.org/10.22277/rgo.v13i2>
- Chaves, S. C. (2023). *Assistência de saúde mental da polícia militar e seu impacto na implementação da política pública de segurança: Um estudo no 21º batalhão de polícia militar do Paraná* [Dissertação de mestrado, Universidade Tecnológica Regional do Paraná]. <https://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/32723>
- Coelho, J. P. M., Souza, G. H. S., Cerqueira, C. L. C., Esteves, G. G. L., & Barros, B. N. R. (2018). Estresse como preditor da síndrome de burnout em bancários. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 18(1), 306-3015. <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2018.1.13162>
- Coleman, J. (2019). *Exploring relationships between parenting style, perceived stress, coping efficacy and coping strategies in foster parents* [Doctoral thesis, Philadelphia College of Osteopathic Medicine]. https://digitalcommons.pcom.edu/psychology_dissertations/512/
- Cordeiro, P., Batista, E. C., & Oliveira, M. L. M. C. (2019). Avaliação do nível de estresse da polícia civil do interior do Estado de Rondônia. *Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências*, 2(1), 431-442. <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v2n1a14>
- Decreto n.º 75/2017, de 27 de dezembro de 2017. Aprova as medidas de contenção da despesa pública. Imprensa Nacional.
- Dias, C. N., & Andrade, V. L. P. (2020). A relação entre a síndrome de burnout e o policial militar brasileiro. *Caderno de Psicologia*, 2(4), 186-209. <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/2837>
- Falqueto, J. M. Z., Hoffmann, V. E., & Farias, J. S. (2018). Saturação teórica em pesquisas qualitativas: Relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. *Revista de Ciências da Administração*, 20(52), 40-53. <http://dx.doi.org/10.5007/2175-8077.2018V20n52p40>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17- 27. <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBhrN/?format=pdf&lang=pt>

- Fraga, V. S., Ferreira, R. P., Silva, H. B. P., Soares, F. L., & Marra, A. V. (2024). Estresse ocupacional nas Forças de Segurança Pública: Uma revisão sistemática. *Revista FSA*, 21(2), 3-23. <http://dx.doi.org/10.12819/2024.21.2.1>
- Futino, R. S., & Delduque, M. C. (2020). Saúde mental no trabalho de segurança pública: Estudos, abordagens e tendências da produção de conhecimento sobre o tema. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 9(2), 116-134. <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i2.632>
- Galanis, P., Fragkou, D., & Katsoulas, T. A. (2021). Risk factors for stress among police officers: A systematic literature review. *Work*, 68, 1255-1272. <https://doi.org/10.3233/wor-213455>
- Gil, A. C. (2020). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (8ª ed.). Atlas.
- Lei n.º 1/2018, de 12 de junho 2018. *Lei de revisão pontual da Constituição da República de Moçambique*. Imprensa Nacional.
- Melo L. P., Carlotto M. S., Rodriguez S. Y. S., & Diehl L. (2016). Estratégias de enfrentamento (coping) em trabalhadores: Revisão sistemática da literatura nacional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(3), 125-144. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000300010
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. HUCITEC.
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. *Revista de Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1-12. <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>
- Minayo, M. C. S., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, 40, 139-153. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>
- Moreno, F. N., Gil, G. P., Haddad, M. C. L., & Vannuchi, M. T. O. (2011). Estratégias e intervenções na síndrome de *burnout*. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 19(1), 140-145. <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v19n1/v19n1a23.pdf>
- Mucavele, B. N. X., Abacar, M., & Aliante, G. (2022). Sintomatologia do *stress* ocupacional em policiais da região sul de Moçambique durante a pandemia da COVID-19. *Trabalho (En)Cena*, e022025, 1-19. <https://doi.org/10.20873/2526-1487e022025>
- Muller, J. M., Silva, N., & Pesca, A. D. (2021). Estratégias de coping no ambiente organizacional: Uma revisão integrativa. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 21(3), 1594-1604. <https://doi.org/10.5935/rpot/2021.3.20385>
- Nascimento, M. F. C., Feitosa, F. B., & Rodríguez, T. D. M. (2020). Estresse psicológico, depressão e habilidades sociais de policiais militares. *Research, Society and Development*, 9(10), e5149108789, 1-26. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8789>
- Pagnota, R. M. N. F., & Prebianchi, H. B. (2021). Estresse e estratégias de enfrentamento em profissionais de abrigos institucionais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41(spe2), e193180, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003193180>
- Patias, N. D., & Hohendorff, J. V. (2019). Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. *Psicologia em Estudo*, 24(e43536), 1-14. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>
- Peçanha, M., Gama, C., Sequeira, M., Santiago, F., Albuquerque, C., Rocha, P., & Batista, S. (2025). Burnout em agentes das forças policiais: revisão sistemática da literatura. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(ed. espec. 17), e39134. <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39134>
- Pelegrini, A., Cardoso, T. E., & Claumann, G. S. (2018). Percepção das condições de trabalho e estresse ocupacional em policiais civis e militares de unidades de operações especiais. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(2), 423-430. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1160>
- Pereira, R., Silva, A. L., Felgueiras, S., & Queirós, A. (2023). A relação entre stress operacional e organizacional, burnout e ideação suicida nas forças policiais. *Politeia – Revista Portuguesa de*

- Ciências Policiais*, 20, 91-128. <http://hdl.handle.net/10400.26/44806>
- Pietrowski, D. L., Cardoso, N. O., & Bernardi, C. C. N. (2018). Estratégias de *coping* frente à síndrome de *burnout* entre os professores: Uma revisão integrativa da literatura nacional. *Contextos Clínicos*, 11(3), 397-409. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2018.113.10>
- Pinheiro, L. R. S., & Farikoski, C. (2016). Avaliação do nível de estresse de policiais militares. *Revista de Psicologia da IMED*, 8(1), 14-19. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v8n1p14-19>
- Pinto, A., Carvalho, C., Rodriguez, S., Simões, A., Carvalhais, C., Gonçalves, F. J., & Santos, J. (2024). Burnout and coping strategies among Professors during COVID-19: Portugal-Brazil comparative study. *Atlantis Highlights in Social Sciences, Education and Humanities*, 17, 276-284. https://doi.org/10.2991/978-94-6463-380-1_28
- Pôrto, T. N. R. S., & Júnior, F. J. G. S. (2023). Síndrome de burnout em professores durante a pandemia de COVID-19. *Saúde e Pesquisa*, 6(3), e-11637, 1-14. <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n3.e11637>
- Santos, J. J. S., & Aliante, G. (2024). Práticas institucionais de planificação e orçamentação de carreira docente em Moçambique: A visão dos professores. *Revista Brasileira da Educação*, 29(e290017), 1-17. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782024290017>
- Santos, F. B. (2019). *Stress ocupacional e engajamento em policiais militares* [Dissertação de mestrado, Universidade do Rio Grande]. <https://sistemas.furg.br/sistemas/sab/arquivos/bdtd/9c28db0733eef6768f2f768e4894949d.pdf>
- Santos, F. B., Lourenção, L. G., Vieira, E., Ximenes Neto, F. R. G., Oliveira, A. M. N., Oliveira, J. F., Borges, M. A., & Arroyo, T. R. (2021). Estresse ocupacional e engajamento no trabalho entre policiais militares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(12), 5987-5996. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14782021>
- Santos, M. F., & Rech, I. J. (2023). Fontes do estresse ocupacional na atuação dos profissionais contábeis no setor público. *Revista Paraense de Contabilidade – RPC*, 8(e97), 1-17. <https://doi.org/10.36562/rpc.v8i.97>
- Santos, S. S., & Saturnino, A. S. G. (2021). O adoecimento psíquico nos policiais militares. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(4), 1-7. <https://doi.org/10.25248/REAS.e12702.2023>
- Santos, T. B. R., Souza, E. A., & Alves, F. R. (2022). Falta de reconhecimento profissional: Principal motivo de estresse em policiais militares. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 20(3), 438-444. <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2022-749>
- Silva, A. S., Santos, A. S., Silva, P. M. C., Medeiros, A. C. T., & Lima, G. M. B. (2023). Prevalence of symptoms of depression, anxiety and stress in military police. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 15 (e12225), 1-9. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12225>
- Silva, K. M., Pessi, L., Penido, V. S. M., Silva, F. A., Carvalho, F. E., & Boas, A. A. V. (2022). Estresse, carga de trabalho, burnout e satisfação no trabalho: Algumas considerações teóricas. *Revista FSA*, 19(12), 268-279. <http://dx.doi.org/10.12819/2022.19.12.13>
- Vicente, D., José, C. M., Aliante, G., & Elias, L. A. P. (2023). Stress ocupacional em trabalhadores de um centro de saúde público na cidade de Nampula-Moçambique durante a COVID-19. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 23(3), 2570-2578. <https://doi.org/10.5935/rpot/2023.3.24113>
- Wassermann, A., Meiring, D., & Becker, J. R. (2019). Stress and coping of police officers in the South African police service. *South African Journal of Psychology*, 49(1), 97-108. <https://doi.org/10.1177/0081246318763059>